



**Instituto Politécnico de Portalegre**  
**Escola Superior de Saúde de Portalegre**



1.º Curso de Mestrado em Enfermagem  
Especialização em Enfermagem Comunitária

Prof. Doutora Filomena Martins

Prof. Doutor Mário Martins

# **RELATÓRIO DE ESTÁGIO DE INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA**

Sónia Pires

**MARÇO**  
**2012**

Instituto Politécnico de Portalegre  
Escola Superior de Saúde de Portalegre

1.º Curso de Mestrado em Enfermagem  
Especialização em Enfermagem Comunitária  
Prof. Doutora Filomena Martins  
Prof. Doutor Mário Martins

Relatório de Estágio de Intervenção Comunitária

Sónia Pires

Março  
2012

## Resumo

No âmbito do 1º Mestrado em Enfermagem na área de especialização em Enfermagem Comunitária, e tendo por base a metodologia do planeamento em saúde, surgiu a necessidade de realizar um Estágio de Intervenção Comunitária, tendo como objectivo primordial adquirir e desenvolver as competências profissionais e pessoais necessárias ao enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária. O estágio realizou-se tendo em conta duas áreas de intervenção comunitárias distintas: uma na área da educação sexual na adolescência e outra na área da promoção da saúde integrada na promoção da imagem da Escola Superior de Saúde de Portalegre. Pretendeu-se, com o estágio, contribuir para a implementação da Educação Sexual numa comunidade escolar dirigida aos jovens do 8º, 9º e 10º ano de escolaridade, integrada num projecto global de Educação para a Saúde e, promover e sensibilizar para comportamentos saudáveis através de acções de promoção da saúde dirigida aos jovens do 9º e 12º ano de escolaridade das escolas do concelho de Portalegre. O feedback dos alunos e professores das escolas envolvidas no projecto foi bastante positivo, salientando a importância da colaboração de profissionais da saúde, nomeadamente de enfermeiros, na área da educação sexual em meio escolar e a importância deste tipo de intervenções ser continuada futuramente.

Palavras-Chave: Sexualidade, Adolescência, Promoção da Saúde, Educação Sexual.

## Abstract

Within the master's degree area in community nursing area of expertise, based on the method of health planning, the need arose for a community intervention internship, having as primary objective to acquire and develop professional and personal skills necessary for the specialist nurse in community nursing. The internship was carried out taking into account two distinct intervention areas: one in the sex education and the other in the health promotion area integrated in the image promotion of Superior Health School of Portalegre.

With the internship it was intended to contribute to the implementation of sex education in a school community aimed at the young of 8<sup>th</sup>, 9<sup>th</sup> and 10<sup>th</sup> year of schooling, built in a global project of health education and to promote and sensitize to healthy behaviors through health promotion actions directed to the young of 9<sup>th</sup> and 12<sup>th</sup> year of schooling in Portalegre schools. Teachers and students involved in the project feedback was fairly positive emphasizing the value of collaboration between health care professionals, in particular nurses, in the area of sex education at school and the matter of continue this interventions in the future.

Key Words: Sexuality, Adolescence, Health Promotion, Sex Education.

### **Abreviaturas e símbolos**

APA – American Psychiatric Association  
APF – Associação para o Planeamento da Família  
CEF – Curso Educação e Formação  
CEP – Conferência Episcopal Portuguesa  
DGS – Direcção-Geral da Saúde  
EEEC – Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária  
ESSP – Escola Superior de Saúde de Portalegre  
ESMS – Escola Secundária Mouzinho da Silveira  
ESSL – Escola Secundária São Lourenço  
EUA – Estados Unidos da América  
EVT – Educação Visual e Tecnológica  
HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana  
IDT – Instituto da Droga e da Toxicodependência  
IST – Infecções Sexualmente Transmissíveis  
IMC – Índice de Massa Corporal  
MTB – Método da Temperatura Basal  
N – Frequência Absoluta  
OE – Ordem dos Enfermeiros  
OMS – Organização Mundial de Saúde  
PNS – Plano Nacional de Saúde (2004-2010)  
PNSJ – Programa Nacional de Saúde dos Jovens (2006-2010)  
SIDA – Síndrome de Imunodeficiência Adquirida  
SMS – Short Message Service (Serviço de Mensagens Curtas)  
SPSS - Statistical Package for Social Sciences  
TA – Tensão Arterial  
TIC – Tecnologia de Informação e Comunicação  
TSC – Teoria Socio-Cognitiva

## Índice

	f.
<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>8</b>
<b>I – ENQUADRAMENTO TEORICO</b>	
<b>1 – PLANEAMENTO EM SAÚDE</b>	<b>12</b>
<b>2 – PROMOÇÃO DA SAÚDE</b>	<b>14</b>
<b>3 – ADOLESCENCIA</b>	<b>20</b>
3.1 – TRANSFORMAÇÕES OCORRIDAS NA ADOLESCÊNCIA	22
3.2 – SEXUALIDADE NA ADOLESCÊNCIA	23
<b>3.2.1 – Diferenças na atitude e comportamento sexual das raparigas e dos rapazes</b>	<b>25</b>
3.3 – EDUCAÇÃO SEXUAL	27
<b>3.3.1 – Educação sexual na adolescência</b>	<b>29</b>
3.4 – FONTES DE INFORMAÇÃO	31
3.5 – ESTILOS DE VIDA NA ADOLESCÊNCIA	
<b>II – DESCRIÇÃO E ANÁLISE DAS INTERVENÇÕES</b>	
<b>1 – INTERVENÇÃO COMUNITARIA NA AREA DA PROMOÇÃO DA SAÚDE INTEGRADA NA PROMOÇÃO DA IMAGEM DA ESSP</b>	<b>44</b>
1.1 – CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO	44
1.2 – DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO	45
1.3 – OBJECTIVOS DA INTERVENÇÃO	46
1.4 – SELECÇÃO DE ESTRATEGIAS	48
1.5 – ELABORAÇÃO DO PROJECTO DE ESTÁGIO	48
1.6 – PREPARAÇÃO DA EXECUÇÃO	49
1.7 – AVALIAÇÃO	52
<b>2 – INTERVENÇÃO COMUNITARIA NA AREA DE EDUCAÇÃO SEXUAL NA ADOLESCÊNCIA</b>	<b>57</b>
2.1 – CARACTERIZAÇÃO DOS LOCAIS DE ESTÁGIO	57
2.2 – DIAGNOSTICO DE SITUAÇÃO	59
2.3 – OBJECTIVOS DA INTERVENÇÃO	61
2.4 – SELECÇÃO DE ESTRATEGIAS	62
2.5– ELABORAÇÃO DO PROJECTO DE ESTÁGIO	62
2.6 – PREPARAÇÃO DA EXECUÇÃO	62
2.7 – AVALIAÇÃO	67
<b>III – DISCUSSÃO E ANALISE CRÍTICA DAS ACTIVIDADES</b>	<b>73</b>

<b>CONCLUSÃO</b>	76
<b>BIBLIOGRAFIA</b>	78
 <b>APÊNDICES</b>	
Apêndice I – <b>Organograma Estágio Promoção ESSP</b>	85
Apêndice II – <b>Projecto Individual de Estágio</b>	86
Apêndice III – <b>Projecto de Estágio de Grupo</b>	87
Apêndice IV – <b>Cronograma de Actividades do estágio</b>	88
Apêndice V – <b>Mapa de Divisão das turmas para a intervenção na área da promoção da imagem da ESSP e hábitos saudáveis</b>	89
Apêndice VI – <b>Questionário de satisfação dos alunos relativo às sessões de promoção de hábitos de vida saudáveis e promoção da imagem da ESSP</b>	90
Apêndice VII – <b>Diagnóstico de situação</b>	91
Apêndice VIII – <b>Mapa de Divisão das turmas para a intervenção na área da Sexualidade na adolescência</b>	92
Apêndice IX – <b>Plano de Sessão 8º e 9º ano</b>	93
Apêndice X – <b>Plano de Sessão 10º ano</b>	94
Apêndice XI – <b>Guia Orientador das Sessões de Educação Sexual</b>	95
Apêndice XII – <b>Questionário de satisfação dos alunos relativo às sessões de educação sexual</b>	96
Apêndice XIII – <b>CD</b>	97

## Índice de Tabelas

	f.
Tabela 1 – <b>Distribuição dos adolescentes segundo idade e sexo</b>	52
Tabela 2 – <b>Distribuição dos adolescentes segundo escolaridade e sexo</b>	53
Tabela 3 – <b>Distribuição dos adolescentes segundo estabelecimento de ensino e sexo</b>	53
Tabela 4 – <b>Distribuição dos inquiridos segundo os resultados de satisfação na intervenção comunitária promoção da saúde e ESSP</b>	54
Tabela 5 - <b>Distribuição dos adolescentes segundo idade e sexo</b>	68
Tabela 6 – <b>Distribuição dos adolescentes segundo escolaridade e sexo</b>	68
Tabela 7 – <b>Distribuição dos adolescentes segundo estabelecimento de ensino e sexo</b>	69
Tabela 8 - <b>Distribuição dos inquiridos segundo os resultados de satisfação na intervenção comunitária de educação sexual</b>	70

## INTRODUÇÃO

No âmbito do 1º Mestrado em Enfermagem na área de especialização em Enfermagem Comunitária, e tendo por base a metodologia do planeamento em saúde, surge a necessidade de realizar um Relatório de Estágio de Intervenção Comunitária, como elemento de avaliação, tendo como objectivos analisar as actividades realizadas e as competências adquiridas pela aluna durante o período de estágio.

O estágio foi realizado no período de 14 de Fevereiro a 30 de Junho de 2011 tendo em conta duas áreas de intervenção comunitárias distintas: uma na área da educação sexual na adolescência e outra na área da promoção da saúde integrada na promoção da imagem da Escola Superior de Saúde de Portalegre. O estágio teve como objectivo primordial adquirir e desenvolver as competências profissionais e pessoais necessárias ao enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária.

Pretendeu-se com a realização do estágio contribuir para a implementação da Educação Sexual em meio escolar, integrada num projecto global de Educação para a Saúde e, promover e sensibilizar para comportamentos saudáveis através de acções de promoção da saúde dirigida aos jovens do 9º e 12º ano de escolaridade das escolas do concelho de Portalegre. Com as actividades desenvolvidas pretendeu-se contribuir igualmente para a visibilidade da Enfermagem, da ESSP, bem como alertar para temas diversos promovendo a saúde da população mais jovem.

A área de intervenção comunitária em educação sexual na adolescência em meio escolar, tem toda a pertinência na área de especialização de enfermagem comunitária, uma vez que a implementação da Educação Sexual em Portugal tem sido alvo de discussões e alguma polémica, apesar da sua importância para a saúde e desenvolvimento global dos adolescentes. Na prática verifica-se uma certa demora na sua implementação. Pois como afirma Cipriano *et al* (2007: 3) ao citar Gherpelli,

“O trabalho de educação preventiva ligado à sexualidade envolve a definição de directrizes que contemplem a formação integral do adolescente e a participação efectiva de todos os integrantes do universo escolar. Na realização da orientação sexual, são fundamentais, para a credibilidade das acções preventivas, posturas seguras e assertividade.”

A Educação para a Saúde passou a ser um dos espaços privilegiados de intervenção, na qual se insere a Educação Sexual. O documento *Saúde para Todos: uma estratégia para o virar do século* (1998- 2002) declara a relevância atribuída à Promoção de Saúde em meio escolar (Costa, 2006).



Apesar dos esforços desenvolvidos a nível governamental através de legislação adequada, a realidade tem mostrado que a Educação Sexual nas escolas se encontra muito aquém do desejável. Verifica-se que pais e professores demitem-se frequentemente da tarefa educativa que lhes está atribuída (Costa, 2006). “Apesar da crescente informação disponibilizada na área da contracepção e das infecções sexualmente transmissíveis, Portugal continua a ser um dos países com maior número de mães adolescentes, com todas as implicações negativas que acarreta, designadamente no campo psicológico e emocional.” (Piscalhoo *et al*, 2000: 354). Tendo em consideração estas afirmações considerou-se pertinente a escolha desta temática para o desenvolvimento do estágio.

O Estado Português através da legislação, tem vindo a adoptar desde 1984, deveres objectivos e promovendo medidas concretas na efectivação dos direitos dos cidadãos à educação e à saúde. Na legislação, (Lei nº 120/99 de 11 de Agosto e Decreto-Lei nº 259/2000, de 17 de Outubro, p. 5784), os adolescentes são encarados como grupo prioritário a nível da Educação Sexual, da saúde reprodutiva e da prevenção de IST (Crespo *et al*, 2007). O Decreto – Lei n.º 259/2000 de 17 de Outubro, demonstra a preocupação de incluir as matérias referentes à organização da vida escolar, com especial relevo para a mediação dos serviços especializados de apoio educativo das escolas, à organização curricular, favorecendo uma abordagem integrada e transversal da educação sexual, ao envolvimento dos alunos e dos encarregados de educação, bem como as correspondentes associações representativas, e à formação específica de professores (Costa, 2006). Neste contexto, é ainda importante referir que,

“as primordiais causas de morbilidade e mortalidade na adolescência não são as doenças, mas comportamentos de risco que prejudicam a saúde (...), doenças sexualmente transmissíveis e gravidez. A promoção de saúde para os jovens consiste em ensino e orientação para ... evitar comportamentos prejudiciais à saúde” (Conselho de Enfermagem, 2009: 2).

O EEEC no âmbito das suas competências na área da Educação para a Saúde, deverá ter um papel activo como agente de formação/ informação na área da educação sexual na adolescência quer no seu local de trabalho quer em intervenções comunitárias em meio escolar. Este processo implica educar, transmitindo a informação adequada para que os indivíduos possam decidir de forma consciente. Ao enfermeiro cabe o papel de auxiliar as pessoas a adoptarem “estilos de vida favoráveis ao seu desenvolvimento biopsicossocial e espiritual.

O estágio decorreu numa comunidade escolar e a escolha do local surgiu de um projecto de trabalho conjunto entre a ESSP e a Escola Secundaria Mouzinho da Silveira no âmbito da educação sexual. Contudo existiu a necessidade de alargar os locais de estágio (Escola Secundária José Régio e Escola Secundária São Lourenço) pela enorme solicitação por parte das escolas envolvidas.

A metodologia do planeamento em saúde foi um importante instrumento de trabalho pois através deste método conseguimos estabelecer a avaliação do estado de saúde de uma comunidade, para além de ser uma das competências específicas do EEEC (Ordem Enfermeiros, 2010). Este foi um processo contínuo que incluiu várias etapas e que teve início com a análise dos problemas de saúde identificados no diagnóstico de enfermagem comunitária, o estabelecimento de prioridades entre eles, estabelecimento de metas e objectivos, e a identificação das actividades de intervenção que permitiram atingir os objectivos inicialmente traçados (Stanhope & Lancaster 1999).

Deste modo, o enfermeiro tem nesta área um importante trabalho a realizar, uma vez que este é um profissional que apresenta um perfil de competências, capaz de dar resposta a este tipo de necessidades do adolescente, tal como é afirmado pelo Conselho de Enfermagem no parecer ao projecto de lei nº 634/X – 4ª, que estabelece o regime de aplicação da educação sexual nas escolas (Conselho de Enfermagem, 2009).

Como primeira etapa do planeamento em saúde foi elaborado um diagnóstico de saúde na Escola Mouzinho da Silveira através da aplicação de questionários a 264 alunos com idades compreendidas entre os 11 e os 21 anos, onde emergiram conclusões passíveis de intervenção.

Do ponto de vista estrutural, este relatório está organizado em três partes: a primeira é dedicada ao enquadramento teórico e é constituída por 3 capítulos: planeamento em saúde, promoção da saúde (abordando a teoria sócio-cognitiva de Bandura como modelo de promoção da saúde utilizado na preparação e execução das actividades) e adolescência (estilos de vida na adolescência e sexualidade na adolescência).

A segunda parte deste relatório é dedicada à descrição e análise das intervenções comunitárias, caracterização dos locais de estágio, projectos educativos e população escolar e a descrição detalhada das actividades desenvolvidas no estágio segundo a metodologia do planeamento em saúde.

A terceira parte do relatório é dedicada à discussão e análise crítica das actividades desenvolvidas e competências profissionais desenvolvidas e adquiridas ao longo do estágio.

Finalizou-se este relatório com a conclusão, onde se deu ênfase às actividades consideradas mais relevantes no estágio realizado, bem como as principais competências de enfermeiro especialista adquiridas.

## **I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO**

## 1 – PLANEAMENTO EM SAÚDE

Imperatori & Giraldes (1992: 6) definem planeamento em saúde como “a racionalização na utilização de recursos escassos com vista a atingir os objectivos fixados em ordem à redução dos problemas de saúde considerados como prioritários e implicando a coordenação de esforços provenientes dos vários factores socioeconómicos.”

Deste modo, o planeamento em saúde é um processo contínuo e dinâmico, que tem início no diagnóstico de situação/saúde e deve envolver todos os sectores desde o económico ao social, bem como outros que tenham implicações directas ou indirectas na saúde das populações e só com o envolvimento efectivo de todos se pode diagnosticar correctamente as necessidades de saúde de uma população, bem como definir estratégias correctas com o menor custo possível, planeando intervenções concretas com o objectivo de colmatar ou minimizar as necessidades diagnosticadas. O planeamento em saúde, permite escolher a melhor solução para alcançar os objectivos de forma mais eficaz e eficiente, conseguindo os resultados pretendidos, com o menor gasto possível de recursos.

A metodologia do planeamento em saúde é um importante instrumento de trabalho do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária, pois uma das competências específicas é precisamente estabelecer a avaliação do estado de saúde de uma comunidade (OE, 2010).

Segundo Imperatori & Giraldes (1993: 29), o planeamento em saúde deve seguir determinadas fases: “Diagnostico de situação; Definição de prioridades; Selecção de estratégias; Preparação da execução e Avaliação”. Também Stanhope & Lancaster descreveram o planeamento em saúde como processo que inclui várias etapas, tendo início com “a análise dos problemas de saúde comunitária identificados no diagnóstico de enfermagem comunitária e o estabelecer de prioridades entre eles, estabelecer metas e objectivos, e identificar actividades de intervenção que permitirão atingir os objectivos” Stanhope & Lancaster (1999: 324).

A primeira fase do planeamento em saúde consiste na elaboração de um **diagnóstico de situação**. Este deverá corresponder às necessidades da população e funciona como uma justificação das actividades a realizar, servindo também de padrão de comparação no momento da avaliação das mesmas.

A segunda fase do planeamento consiste na **definição de prioridades** e é nesta etapa que se define o problema onde se vai intervir.

A definição de prioridades consiste em “hierarquizar as necessidades de saúde identificadas pelo diagnóstico de situação, em termos da importância da sua satisfação” (Imperatori & Giraldes 1993: 30).

“A definição de prioridades tem pelo menos duas dimensões: uma ligada essencialmente ao tempo e outra aos recursos” (Imperatori & Giraldes, 1982:30).

Após a definição de prioridades segue-se a fase de **fixação de objectivos**, altura em que se definem quais os objectivos a alcançar face aos problemas diagnosticados como prioritários, num determinado período de tempo; é nesta fase que se definem os indicadores de (Imperatori & Giraldes, 1993).

Os indicadores de saúde podem ser de resultado ou de actividade: os primeiros medem as alterações verificadas num determinado problema de saúde ou a dimensão actual desse problema, enquanto os segundos visam medir as actividades desenvolvidas com vista a atingir um ou mais indicadores de resultado (Imperatori & Giraldes, 1993).

Imperatori & Giraldes (1982: 45) referem que “esta é uma etapa fundamental na medida em que apenas mediante uma correcta e quantificada fixação de objectivos se poderá proceder a uma avaliação dos resultados obtidos com a execução do plano em causa”.

A **selecção de estratégias** consiste na determinação da forma mais adequada para reduzir os problemas de saúde, tendo como objectivo utilizar os recursos de forma eficaz.

Segundo Imperatori & Giraldes (1993: 30), estratégia de saúde pode ser definida como “o conjunto coerente de técnicas específicas, organizadas com o fim de alcançar um determinado objectivo, reduzindo, assim um ou mais problemas de saúde”.

Os critérios para a selecção de estratégias provêm essencialmente da política em vigor e dos objectivos delineados na etapa anterior.

A **preparação da execução** consiste em colocar em prática tudo o que foi planeado, assumindo uma importância significativa para os participantes do projecto, possibilitando a realização das suas vontades e necessidades através das acções planeadas.

A **avaliação** é a última etapa do planeamento em saúde. Imperatori & Giraldes (1982: 127) referem que “a avaliação ou controlo constitui a etapa final ligando-se circularmente com a fase inicial do mesmo processo”.

A avaliação é contínua e de acordo com Carvalho et al (2001), a avaliação deve de fornecer os elementos necessários para intervir no sentido de melhorar a coerência (relação entre o projecto e o problema), a eficiência (gestão dos recursos e meios atendendo aos objectivos) e a eficácia (relação entre a acção e os resultados).

Desta forma as actividades ao longo do estágio foram programadas segundo a metodologia do planeamento em saúde.

## 2 – PROMOÇÃO DA SAÚDE E EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

A saúde é um direito fundamental do ser humano, que deve ser promovida e preservada para que este viva de um modo particularmente satisfatório e aceitável.

Entende-se saúde, segundo a definição da OMS (1964), como “o completo bem-estar físico, mental e social e não meramente ausência de doença ou enfermidade».

Tanto a saúde como a doença são influenciadas por factores sociais e ambientais. Estes factores chamam-se determinantes da saúde e esta visão da saúde é fundamental em promoção e educação para a saúde uma vez que os determinantes da saúde influenciam directamente a saúde das populações. Actualmente nos países desenvolvidos a perda de saúde e as mortes prematuras estão estreitamente ligadas ao estilo de vida, ou seja, à adopção por parte de indivíduos, grupos e comunidades de comportamentos pouco saudáveis.

Lalonde (1974) citado por Carvalho et al (2001) analisou a questão dos determinantes de saúde ao estudar as principais causas de morte prematura dos canadianos e construiu um modelo, que passou a ser clássico em Saúde Pública, segundo o qual o nível de saúde de uma comunidade é determinado pela interacção de quatro variáveis:

- 1 – a biologia humana (genética, envelhecimento)
- 2 – o meio ambiente (contaminação física, química, biológica e sócio-cultural)
- 3 – o estilo de vida (comportamentos ligados à saúde)
- 4 – o sistema de saúde (cobertura e acessibilidade).

Segundo o Programa Nacional de Saúde dos Jovens (2006-2010) integrado no PNS (2004-2010)

“ao pretender-se promover a saúde numa perspectiva **integral**, é, pois, indispensável seguir estratégias de intervenção que equacionem de forma integrada, não apenas os factores biológicos, os estilos de vida e os comportamentos, mas também o ambiente físico, cultural e socioeconómico, assim como a oferta e a organização dos serviços prestadores de cuidados”.

O conceito de promoção da saúde evoluiu sobretudo a partir da publicação da carta de Ottawa (OMS, 1986). Neste documento, a promoção da saúde é vista como o processo que capacita as pessoas de forma a melhorar a sua saúde, é entendido como algo que abrange a educação para a saúde, a prevenção e a reabilitação da doença. Tem como principal objectivo promover o “empowerment” (capacitação) dos utentes e das famílias com vista a promover a sua saúde física, mental, social e o bem-estar.

A promoção da saúde para os jovens consiste em ensino e orientação para evitar actividades arriscadas e comportamentos prejudiciais à saúde. Segundo Hockenberry (2006), citado por OE (2009:2) “a educação para a saúde dá aos jovens uma oportunidade para adoptarem estilos de vida saudáveis capazes de lhes trazer benefícios ao longo de toda a vida.”

Em 1969 a OMS descreveu Educação para a Saúde como sendo uma acção exercida sobre os indivíduos no sentido de modificar os seus comportamentos, a fim de adquirirem e conservarem hábitos de vida saudáveis e estarem capacitados para tomar, individual ou colectivamente, as decisões que implicam a melhoria do seu estado de saúde.

Os Programas de Educação para a Saúde têm por objectivo capacitar as pessoas a tomarem decisões no seu quotidiano, que se revelem as mais adequadas para manter ou alargar o seu potencial de saúde. Para se atingir este objectivo, como nos diz Costa et al (2006), deve fornecer-se informação com recurso a metodologias que facilitem e dêem suporte às mudanças comportamentais e à manutenção das práticas consideradas saudáveis.

Segundo o parecer da OE (2009:2) as principais causas de morbilidade e mortalidade na adolescência não são as doenças, “mas comportamentos de risco que prejudicam a saúde. As causas primordiais incluem acidentes, depressão, violência, adição, doenças sexualmente transmissíveis e gravidez.”

De acordo com Plano Nacional de Saúde (2004-2010), em Portugal entre os jovens, verificou-se um aumento da maternidade e paternidade precoce, em particular em adolescentes com menos de dezassete anos.

Ainda segundo a OE (2009) os jovens portugueses de hoje têm uma iniciação sexual mais precoce do que as gerações anteriores e esta ocorre sobretudo em relações com amigos ou namorados.

“Embora as raparigas atribuam alguma importância à aprendizagem obtida junto da família, em particular das mães, é reconhecido que tanto esta como a escola deveriam ter um papel mais relevante no que toca à educação sexual, já que é sobretudo a informação trocada com o grupo de amigos aquela que acaba geralmente por prevalecer na formação dos jovens.”(OE, 2009:2)

Ainda que se torne habitual ouvir que hoje sabe-se tudo, na realidade Portugal continua a ser o segundo país da Europa com maior número de gravidez na adolescência, apenas suplantado pelo Reino Unido. Em 2005, segundo o INE, nasceram 5519 crianças, concebidas por mães adolescentes com idades entre os 12 e os 19 anos.

Foi nesta perspectiva que se considerou fundamental estruturar e desenvolver intervenções como resposta às necessidades dos adolescentes, tanto ao nível dos comportamentos de risco e hábitos de vida saudáveis como colaborando com as escolas secundárias no ensino da Educação Sexual, procurando dar resposta às directrizes definidas no Plano Nacional de Saúde 2004-2010, que definem os adolescentes como grupo de intervenção prioritária no âmbito da saúde reprodutiva e da prevenção de IST.

### **Teoria socio-cognitiva de Bandura (Teoria da Aprendizagem Social)**

Os Programas de Educação para a Saúde têm por objectivo capacitar as pessoas a tomarem decisões no seu quotidiano, que se revelem as mais adequadas para manter ou alargar o seu potencial de saúde. Para se atingir este objectivo, como nos diz COSTA et al (2006), deve fornecer-se informação com recurso a metodologias que facilitem e dêem suporte às mudanças comportamentais e à manutenção das práticas consideradas saudáveis.

A Teoria Socio-Cognitiva de Bandura (TSC) ou Teoria da Aprendizagem Social tem sido aplicada numa variedade de domínios no âmbito da saúde. O comportamento humano é explicado em termos de uma teoria recíproca dinâmica de três vias, onde factores pessoais, influências ambientais e comportamento interagem continuamente. Um dos conceitos base desta teoria é que as pessoas aprendem, não só através das suas próprias experiências, mas também observando as acções dos outros e os resultados dessas acções.

Bandura (1977) defende que se aprende a observar os outros. A observação de modelos exteriores (pessoas, meios electrónicos, livros) acelera mais a aprendizagem do que se esse comportamento tivesse de ser executado pelo “*aprendiz*”. Os princípios básicos da sua teoria são:

- a interacção recíproca: os factores internos (intrínsecos ao sujeito), os factores externos (do meio ambiente) e o comportamento do sujeito interagem uns com os outros, influenciando-se mutuamente. Bandura agrupa todas estas influências para que nenhum dos três seja considerado uma entidade separada.

O organismo não só responde aos estímulos do meio, mas também se reflecte sobre eles, devido à sua capacidade de usar símbolos (representa mentalmente as acções sem precisar de sofrer as consequências de as tomar), da capacidade de previsão, de aprender pela experiência alheia e da auto-reflexão.

- Existe uma distinção entre a aprendizagem (aquisição de conhecimento) e o comportamento (execução observável desse conhecimento). Pode dar-se o



caso de não haver factores internos e/ou externos que nos impelem a não agir da forma que sabemos.

Existem quatro elementos na aprendizagem por observação:

- A **Atenção**: Existe uma selecção daquilo que prestamos atenção, o que é crucial para se aprender por observação. Essa selecção é feita em função das características do modelo (estatuto/prestígio, competência, valência afectiva), do observador e da actividade em si.
- A **Retenção**: A informação observada é codificada, traduzida e armazenada no nosso cérebro, com uma organização em padrões, em forma de imagens e construções verbais.
- A **Reprodução**: Consiste em traduzir as concepções simbólicas do comportamento armazenado na memória nas acções correspondentes. Pode haver dificuldades nessa tradução (ex. incapacidades físicas) e por isso, deve-se facilitar a execução correcta, quando se está a ensinar alguém.
- A **Motivação e os Interesses**: Bandura defende que a aquisição é um processo diferente da execução. Então para que um determinado comportamento aprendido seja executado, o indivíduo deve estar motivado para o fazer, o que pode ser alcançado através de incentivos. Experiências demonstram que um modelo de comportamento recompensado tem mais probabilidades de ser imitado pelos observadores do que um modelo cujas consequências não eram recompensadoras ou mesmo penalizadoras.

Bandura defende ainda que as consequências ditam fortemente o comportamento humano. As acções que geram consequências positivas tendem a manter-se, enquanto as que geram consequências negativas tendem a desaparecer.

As consequências informam as pessoas acerca da correcção ou conveniência das suas acções. As consequências experimentadas (recompensas ou castigos) pelos modelos transmitem informação aos observadores de que acções são efectivas ou não. Para além disso, as consequências também geram motivação para realizarmos as acções que geraram consequências positivas noutros.

Os factores envolvidos na aprendizagem por observação são:

- As consequências do comportamento sejam consideradas muito positivas. Mesmo comportamentos considerados negativos podem ser imitados se as consequências forem consideradas positivas.
- As características do observador. A maioria dos factores que influenciam a avaliação das consequências de uma acção observada depende do observador: idade, sexo, posição social, valores, etc. Deverá haver uma certa adequação entre quem imita e quem é imitado.
- As características do modelo. O prestígio do modelo é crucial. Pode ser por ser competente numa determinada actividade ou por ser uma pessoa significativa para o observador. Muitas vezes, os efeitos do prestígio alargam-se a outras áreas que não aquelas em que este é competente. Nota-se na publicidade em que somos induzidos a adoptar comportamentos de atletas que nada têm a ver com aquilo que admiramos neles. Há posições sociais que encerram prestígio por si só, independentemente das pessoas em causa, como o professor. Tendem a ser modelos para muitas crianças.

Segundo Glanz, citado por Sardinha et al (1999) a TSC sintetiza conceitos e processos de modelos de mudanças de comportamento cognitivas, comportamentais e emocionais. É bastante complexa e inclui vários conceitos chave.

Ainda segundo Glanz, citado por Sardinha et al (1999:29)

“o primeiro conceito, *determinismo recíproco*, significa que o comportamento e o ambiente são sistemas recíprocos e que a influência é em ambas as direcções. Isto é, as formas do ambiente, mantêm e limitam o comportamento, mas as pessoas não agem de forma passiva no processo, pois podem criar e modificar os seus ambientes. O conceito de *capacidade comportamental* afirma que uma pessoa tem necessidade de saber o que fazer e como fazê-lo. Assim, serão necessárias instruções claras e poderá ser necessário treino. As expectativas são os resultados que a pessoa pensa que irão ocorrer como resultado da acção.

A *aprendizagem através da observação* é geralmente referida como uma modelação, isto é, as pessoas aprendem o que esperar através da experiência de outros. Isto significa que as pessoas podem obter uma compreensão concreta das consequências das suas acções observando os outros, e notando quando o modelo de comportamento é desejável ou não.

O *reforço* é uma resposta ao comportamento do indivíduo que determina se o comportamento irá ser ou não repetido.”

A auto-eficácia é de grande importância nas TSC e as suas vantagens incluem elevada motivação aos obstáculos e melhores hipóteses para persistir por um maior período de tempo. O *estabelecer objectivos pequenos e progressivos*, a *aquisição comportamental* e a *instrução e reforço* são três estratégias para aumentar a auto-eficácia de programas de promoção da saúde. (Glanz, citado por Sardinha et al, 1999)

Desta forma segundo a TSC desenvolvida por Bandura os indivíduos adquirem informação, valores, atitudes, julgamentos morais, padrões de comportamento e novos

comportamentos através da observação dos outros. Os indivíduos podem aprender a formular regras de comportamento através da observação de pessoas, filmes ou gravações de modelos, modelos simbólicos ou conjuntos de instruções. Esta informação codificada serve como um guia para a acção futura.

### 3 – ADOLESCÊNCIA

A adolescência é uma etapa da vida bastante complexa e dinâmica, e é considerada o período de transição entre a infância e a idade adulta. Este período de tempo oscila segundo vários autores, mas de acordo com os critérios do *Brent Consultation Centre* em Londres, serviço de psicoterapia de adolescentes, ele situa-se entre os 12 e os 21 anos. Laufer (1972, citado por Sampaio, 1991) cinge a etapa do desenvolvimento desde o início da puberdade até à formação do carácter e da identidade sexual.

Também Sampaio (1991) considera a adolescência como uma etapa do desenvolvimento, ocorrendo desde a puberdade à idade adulta, ou seja, desde a altura em que alterações psicobiológicas iniciam a maturação até à idade em que um sistema de valores e crenças se enquadra numa identidade estabelecida. A palavra puberdade vem do latim *pubes*, que quer dizer pêlo e na realidade o aparecimento de pêlos na púbis, debaixo dos braços e nas faces, nos rapazes é um dos sinais de puberdade (Dolto & Dolto-Tolitch, 1991).

A duração do período da adolescência também mudou, tendo claramente dilatado nas últimas décadas. A puberdade surge cada vez mais cedo, no entanto, não é fácil determinar o início deste período, sendo ainda mais difícil determinar o seu fim. Nas raparigas o início está associado ao aparecimento da menarca, enquanto nos rapazes é frequentemente difícil determinar o aparecimento da ejaculação. Maiores dificuldades surgem na determinação do fim da adolescência, já que não temos nenhum acontecimento biológico que nos indique com relativa precisão a entrada na idade adulta.

É neste período que ocorre uma etapa fundamental do processo de construção da personalidade. A adolescência é, pois, a etapa onde os jovens têm que construir a sua identidade, verificando-se crises e indecisões, situações conflituosas que terão que ultrapassar. A entrada no mundo dos adultos é desejada por um lado e temida pelo outro.

Blos (1962, citado por Sampaio 1991:63) divide a adolescência em cinco fases:

- Pré-adolescência;
- Adolescência precoce – com o primado da genitalidade;
- Fase média da adolescência – corresponde à escolha do objecto heterossexual;
- Adolescência tardia – procura de uma forma personalizada de vida;
- Pós-adolescência – corresponde à formação do carácter.

Além disso Blos (1962, citado por Sampaio, 1991) descreve a adolescência como o segundo processo de individualização. O primeiro processo de individualização atinge-se por volta do terceiro ano de vida, com a separação da criança à mãe. Na adolescência haveria também, como já vimos, um afastamento dos ímagos parentais e a descoberta de

objectos de amor e ódio fora do seio. Em ambos os processos de individualização há uma vulnerabilidade na organização da personalidade, aqui a adolescência entendida sobretudo como uma necessidade sentida pelo jovem de experimentar situações de emoção intensa, para lidar com o vazio interior que se segue ao quebrar das ligações infantis.

Compreende-se desta forma a comparação feita entre este período e o nascimento. No nascimento separam-nos da nossa mãe cortando-nos o cordão umbilical, mas esquecemo-nos frequentemente de que entre mãe e filho havia um órgão de ligação extraordinário: a placenta. “De igual forma, torna-se necessário aos adolescentes abandonar as fixações afectivas na família original, sem o que não será possível resolver o problema do amor na adolescência” (Luzes 1980, citado por Sampaio 1991: 64).

As transformações físicas pelas quais o adolescente passa são bastante visíveis e acontecem rapidamente, mas não são únicas. Também a nível emocional, nas atitudes e valores, nas relações com a família e com os colegas, no campo intelectual, na liberdade e responsabilidade, tudo se passa de forma repentina. No entanto, os pais e os adolescentes que tomarem consciência destas mudanças estão mais aptos a aceitá-las e a resolver melhor os problemas com que se deparam.

Para Cordeiro (1988: 11),

“é no quadro de dois sistemas de referência – o corpo e a família - que se processam as grandes modificações colocadas em marcha pelo desenvolvimento na puberdade. Durante a adolescência as modificações psicológicas e corporais são tanto mais marcantes quanto mais existe uma verdadeira desarmonia evolutiva, em que à maturação instrumental sexual genital não corresponde a maturação psico-afectiva”.

Os pais de adolescentes são aqueles que mais permanentemente se confrontam com as dificuldades. Homens e mulheres na etapa média da vida, quase sempre muito ocupados profissionalmente, têm objectivamente pouco tempo para estar com os filhos, numa época que exigiria uma presença mais intensa. Confrontam-se agora com uma jovem geração habituada a pô-los em causa e a exigir sem medo (Sampaio, 1991).

Actualmente ser-se adolescente é bastante complicado. A vida acontece a um ritmo alucinante e é quase impossível desfrutar o momento presente, basta para isso reflectirmos um pouco nas nossas vidas de adulto.

Segundo Correia & Alves (1990, citados por Brás, 2008), a adolescência trata-se de um período de crises que se situa entre dois pólos importantes a dependência (protecção) e a independência (autonomia). Referindo estas mesmas autoras que se trata de um período de contradições, confusões, ambivalências, caracterizado por conflitos com os pais, confusão parental e de identificação, que pode levar a transformações destes, em parceiros mais velhos.

Para Bouça (2004) a adolescência é o período da vida em que se define a noção de espaço e de tempo através de um corpo em mudança, que se organiza de forma própria na relação com um espaço preenchido por objectos, com os quais estabelece relações de segurança ou de medo, de proximidade ou de distância, de desejo ou de evitamento, de esperança ou de desilusão.

Os objectos somos todos nós, amigos, família, professores, ídolos, boas e más pessoas, os bem-sucedidos e os marginalizados, os parecidos e os diferentes, os que pensam como nós e os que têm ideias novas, os agressores e as vítimas, todos nós que partilhamos memórias comuns da vida e da condição humana, desde o princípio dos tempos. É com esta memória colectiva de limites infinitos, que um adolescente organiza a sua identidade e se reconhece num espaço ocupado pelo seu corpo. Os limites do seu corpo não são as formas físicas, mas as coisas ou as pessoas com quem se relaciona e que o motivam a deslocar-se para as encontrar ou a isolar-se para as evitar, seja no espaço físico em que se movimenta, seja no espaço mental em que se vai reconhecendo e construindo novos caminhos e espaços possíveis.

“Es importante, entonces, perceber que nuestra identidad es algo que se va construyendo con los otros. Vamos aprendiendo a ser hombres o mujeres, primero en el contexto familiar, con nuestros progenitores, y después con nuestro grupo de amigos, y con todos los otros con quien establecemos relaciones” (Martins, 2007: 21).

É durante a adolescência que as relações sociais se intensificam. Os amigos assumem uma grande importância, já com os pais as relações mudam de forma repentina, surgindo muitas vezes o choque.

### 3.1 – TRANSFORMAÇÕES OCORRIDAS NA ADOLESCÊNCIA

A adolescência é a idade da mudança, dado que a etimologia da palavra significa isso mesmo. A adolescência é “ (...) um crescer para a maturidade humana que passa por três fases de maturação: orgânica, psicológica e social (...) ” (Alarcão, 2000: 28).

A adolescência é uma fase de transição, ou seja, é a passagem da infância ao mundo dos adultos e de todas as problemáticas que o envolvem, a separação da família, dos seus valores e das suas crenças. É um período da vida caracterizado por sucessivos renascimentos, por uma predisposição de abertura ao outro, no que ele encerra em si de novo, de transposição de fronteiras, num suceder de descobertas e de desilusões (Pereira & Freitas, 2001).

A adolescência é um período da vida no qual se origina um conjunto de alterações bio-fisiológicas (com a puberdade produzir-se-á um conjunto de mudanças fisiológicas gerais como o aumento da estatura e do peso), uma série de mudanças especificamente sexuais

(que culminarão na maturação dos órgãos sexuais e na capacidade de resposta adulta à estimulação sexual), e ainda as mudanças psicológicas (ao nível intelectual e emocional).

As transformações ocorridas no corpo nesta fase são vivenciadas como se tratasse de uma invasão. Todas estas modificações criam um quadro de insegurança significativo. Por essas razões, o primeiro mecanismo a que o adolescente recorre é a negação da nova realidade que se aproxima, procurando outros mecanismos que mantenham a sua segurança, no seu refúgio, isto é, na sua infância.

Outras mudanças igualmente importantes ocorrem, como o processo de formação da identidade pessoal e sexual, que lhe permitirá sentir-se uma pessoa sexuada, diferenciada dos outros, com um sistema de valores próprios e congruentes ao longo do tempo, e sociais (mudanças na capacidade de integração social) que situam o indivíduo perante uma nova forma de se encarar a si próprio e tudo o que o rodeia.

Estas mudanças profundas e geralmente abruptas, conduzem a uma crise e implicam uma readaptação em todos os sentidos, que muitas vezes não é fácil de encarar, daí que a ansiedade, as dificuldades para se encontrar a si mesmo ou as preocupações com a aparência física, entre outras, façam parte da vida de muitos adolescentes. Este processo pode ser influenciado por particularidades do indivíduo e pelo contexto sociocultural em que se insere. Como refere Reymond-Rivier (1983: 114),

“diante da obrigação de deixar o mundo fechado da infância para se inserir numa sociedade que descubrem, os adolescentes vão reagir e comportar-se em função do seu temperamento, da sua história pessoal, do seu meio familiar, da sociedade e da atitude desta a seu respeito”.

Nalgumas ocasiões, o adolescente não encontrará qualquer tipo de resposta às suas novas necessidades e em muitas outras as respostas encontradas, pelo contrário, interferirão nas suas novas capacidades (López & Fuertes, 1989).

Cada adolescente tem uma adolescência própria, diferente e única. Segundo Cordeiro (1997: 25) “existem tantas adolescências como adolescentes e uma generalização pode levar a uma estandardização indesejada e perigosa criando parâmetros pelos quais todos os adolescentes se deveriam reger.”

### 3.2 – SEXUALIDADE NA ADOLESCÊNCIA

Conceptualizar a sexualidade humana abrange uma realidade complexa que “(...) não pode ser definida a partir de um único ponto de vista, uma só ciência ou uma quantas palavras” (López e Fuertes, 1999, citados por Fernandes, 2006: 2). Esta temática integra um paradigma complexo. “Foi o próprio homem no desenvolvimento da sua existência familiar e

social que percebeu o papel vital da sexualidade, como espaço e fonte de alegrias, conflitos, tristezas, esperanças” (Soares, 1985, citado por Fernandes, 2006: 2).

A partir do fim do séc. XIX e no decurso do séc. XX, a sexualidade começou a ser percebida na óptica das diferentes ciências, nomeadamente da psicanálise e da antropologia, aportando-lhe uma nova componente de carácter positivo, agregada ao desenvolvimento humano. “Em suma, a sexualidade passou a ser considerada como uma parte integrante da vida dos indivíduos, favorecendo o equilíbrio psico-emocional e relacional” (Pereira, 1993, citado por Rodrigues, 2009: 3).

A Organização Mundial da Saúde define a Sexualidade Humana como “uma energia que nos motiva para encontrar amor, contacto, ternura e intimidade; que se integra no modo como nos sentimos, movemos, tocamos e somos tocados; é ser-se sensual e ao mesmo tempo sexual; ela influencia pensamentos, sentimentos, acções e interacções e, por isso, influencia também a nossa saúde física e mental” (Frade *et al*, 2003, citados por Fernandes, 2006: 2).

Para melhor percepção da sexualidade humana, tornou-se necessário esclarecer as diferentes classificações que o termo sexo assume no vocabulário científico:

“1. Sexo genético: decorrente dos cromossomas, o código biológico mediante o qual cada pessoa terá suas próprias características físicas, e que ao se reunirem dois cromossomas XX, o indivíduo será fêmea ou se a união dos cromossomas for XY, nascerá macho;

2. Sexo gonadal: composto pelas glândulas responsáveis pela diferenciação dos dois sexos – no homem representado pelos testículos, que produzem os espermatozóides e os hormônios masculinizantes (testosterona) e na mulher pelos ovários que produzem os óvulos e demais hormônios responsáveis pelas características sexuais femininas (progesterona);

3. Sexo anatômico: é o aspecto exterior do corpo humano que distingue o aparelho sexual da mulher (vulva) do órgão sexual do homem (pênis), também chamado de órgãos genitais;

4. Sexo psicológico: conhecido como “identidade sexual” – é a forma como cada indivíduo percebe e reconhece sua própria condição existencial enquanto pertencente ao universo masculino ou feminino;

5. Sexo social: também chamado de “papel de gênero”, a forma específica como a pessoa vai representar o personagem que cada cultura atribui historicamente a mulheres e homens através do processo de socialização;

6. Sexo erótico: hoje referido como “orientação sexual”, ou seja, o objeto de desejo para o qual o ser humano dirige sua libido, podendo ser heterossexual, homossexual ou bissexual” (Mott, sd: 6-7, citando López Onega, 1976).

De acordo com Sprinthall & Collins (1994: 405) “(...) a sexualidade engloba as emoções, os comportamentos e as atitudes que estão associadas não apenas ao ser capaz de procriar, mas também aos padrões sociais e pessoais que acompanham as relações físicas íntimas, durante a vida do indivíduo”. Percebe-se então que a sexualidade acompanha o indivíduo no seu crescimento, integrando o ser humano ao longo da sua existência. Contudo, na infância, a sexualidade não se manifesta como acto de prazer, mas sim como meio de auto-conhecimento (Rodrigues, 2009).

A sexualidade humana é, de facto, uma realidade presente no nosso quotidiano, “(...) que nos projecta como um impulso, quer para o amor, quer para a violência” (Fernandes,



2006: 2). Ela assume-se, de acordo com Fernandes (2006: 3), como um dos “(...) núcleos estruturantes da personalidade humana, que não se reduz a alguns momentos e comportamentos, mas é, pelo contrário, um complexo que se integra no pleno e global desenvolvimento da pessoa”. Ainda o mesmo autor citando Dias *et al* (2002), considera que a sexualidade agrega “(...) componentes sensoriais e emotivo-afectivos, cognitivos e volitivos, sociais, éticos e espirituais(...)”, obtendo um significado concreto no “(...) contexto de um projecto de vida que promova o conhecimento e aceitação de si próprio e o conhecimento e aceitação do outro” (Fernandes, 2006: 3). Na mesma linha de pensamento, Bastos (2003) citado por Fernandes (2006) considera a sexualidade como “(...) parte integrante do desenvolvimento da personalidade e da identidade, bem como do processo educativo, já que caracteriza o homem e a mulher, não somente no plano físico, mas também no psicológico e espiritual, marcando toda a sua inerente expressão” (Fernandes, 2006: 3).

É no átrio da sexualidade que assenta toda a estabilidade emocional e social dos indivíduos, alcançada através da concretização plena da afectividade. Assim, “a sexualidade humana é observada como uma compilação da sobrevivência da espécie, constituída por uma panóplia de sentimentos muitas vezes confusos e contraditórios” (Rodrigues, 2009: 4).

A distinção entre a sexualidade humana e a sexualidade de outros seres prende-se com a liberdade de escolha dos seres humanos (mais notória nas culturas Ocidentais). Rodrigues (2009: 6) ao referir Vaz (2003), afirma que “(...) a liberdade sexual encontra-se de tal modo disseminada que nem a ausência do amor ou de afectividade dificulta a plena vivência da sexualidade, pois ela pode ser vivida como um acto mecânico, orgânico de procura de prazer sem peias de qualquer espécie.”

### **3.2.1 – Diferenças na atitude e comportamento sexual das raparigas e dos rapazes**

A atitude e o comportamento de jovens do sexo feminino e do sexo masculino face à sexualidade diferem, na medida em que durante o processo de socialização são apreendidos valores sociais e culturais relativamente ao papel da mulher e do homem, e desta forma, rapazes e raparigas começam a construir a sua identidade sexual. “A sexualidade assume agora novas formas, em que o jovem em desenvolvimento lida com sentimentos face à masculinidade e feminilidade, procura caminhos para a sua identidade sexual, reformula a relação com os adultos significativos” (Sampaio, 2006: 161).

A família é uma importante socializadora da criança e do jovem; através desta o indivíduo assimila os papéis sexuais referentes ao homem e à mulher, muitas vezes por observação de comportamentos no relacionamento dos seus pais.

“A atitude habitualmente diferenciada do pai e da mãe face à sexualidade (por exemplo como manifestam ou não a sua ternura conjugal face aos filhos e o modo como reagem em publico perante as permanentes mensagens dos média de encorajamento da actividade sexual) constitui referência decisiva para os comportamentos juvenis” (Sampaio, 2006: 169).

A família transmite antigos valores e padrões de comportamentos considerados socialmente aceites em relação aos papéis sexuais dos jovens rapazes e raparigas. O próprio comportamento, bem como as preocupações dos pais diferem face ao filho ou filha adolescente.

Nos rapazes verifica-se uma procura de experiencias sexuais mais cedo do que nas raparigas, independentemente de manterem uma relação amorosa estável, torna-se necessária como prova da sua masculinidade. No rapaz o início da vida sexual é muitas vezes visto pelos adultos e pelo grupo como sinonimo de virilidade. Estes aspectos tornam muitas vezes os rapazes mais interessados sexualmente do que na qualidade afectiva das suas relações de namoro.

“Os rapazes têm quase sempre menor maturidade e maior turbulência, saem mais cedo de casa e iniciam mais precocemente a experimentação sexual: para eles continua a parecer importante o início da actividade sexual como libertação da tensão e afirmação de uma posição de superioridade no grupo juvenil” (Sampaio, 2006: 169).

Por oposição ao comportamento dos rapazes encontramos as raparigas que procuram nas suas relações de namoro, carinho, cumplicidade, amor como forma de entrega a uma relação sexual, “ (...) a importância de ser amada, a dimensão do carinho e da protecção que o relacionamento íntimo com o namorado pode proporcionar” (Sampaio, 2006: 169).

No entanto, em muitas sociedades a mulher continua a ser sexualmente educada como submissa ao homem e isto poderá intervir na forma como a rapariga vê a sua sexualidade. Ao sentir-se pressionada pelo namorado para iniciar relações sexuais, mesmo não se encontrando preparada, esta cede aos pedidos do namorado, porque foi educada num meio em que a decisão é do homem e a vontade da mulher é anulada. Deste modo a rapariga irá viver a sua sexualidade com sentimentos de culpa e insatisfação. “Os pais não podem esquecer (...) a necessidade de confiança e de conquista de autonomia subjacente ao emergir de uma vida sexual activa nem devem encarar com angustia esse momento, (...) trata-se de um marco organizador do desenvolvimento dos seus filhos” (Sampaio, 2006: 169).

Os pais e educadores deverão estar alerta para o momento importante que é o início da vida sexual activa dos seus filhos, transmitindo autoconfiança para uma decisão madura (com respeito pela vontade e individualidade de cada um) e tomada com consciência, pelos envolvidos na relação.

### 3.3 – EDUCAÇÃO SEXUAL

Abordando os temas Educação e Educação Sexual podemos referir vários conceitos. Whitehead (citado por Helouani, 2008) refere que, educação é a aquisição da arte de utilizar o conhecimento. É uma arte muito difícil de transmitir. Educar obviamente é muito mais do que transmitir ideias, é mais do que uma técnica, é uma arte.

Educar é uma acção interactiva que envolve o educando e o educador em que ambos são agentes e actores. Qualquer aprendizagem só se efectua se for o próprio aprendiz a procurá-la de uma forma pessoal e autónoma (Meirieu, 1988 citado por Azevedo, 2008). Pois só assim lhe será possível uma adequada integração num contexto sócio cultural (Relvas, 1996 citado por Azevedo, 2008).

O indivíduo deve estar preparado para a sua educação, como refere Martins, M. F. (2007: 27), ao citar Marcelli cuja concepção de educação

“(…) faz sair o individuo de si mesmo para o conduzir pelos caminhos da sociedade, torna a criança um ser sociável, mas contém um paradoxo que merece atenção: o adulto cuidador deve garantir uma proximidade protectora, embora a criança sinta, ao mesmo tempo, uma necessidade de se afastar para explorar o mundo e descobrir a vida e aprender a aprender”.

Educar é construir um projecto, porém com regras e limites que por vezes podem gerar constrangimentos relacionados com a liberdade individual de cada um (Martins, M.F., 2007).

"La Education para la Salud se enfrenta hoy a un desafio sin igual en su historia. Su carácter informativo y de intervenciones ahora dirigido para la participación de la comunidad, una vez que se acredita que las personas son capaces de pensar y de actuar de una forma constructiva en la identificación y solución de sus propios problemas de salud. Lo que se pretende es promover el responsabilidad individual y comunitaria para el desarrollo de capacidades y competencias para que los individuos se transformen en miembros activos de la promoción de la salud (Martins, 2007: 43). (...) “A Sexualidade e a Educação Sexual são fenómenos que se entrecruzam e acompanham o evoluir do Homem. Todos nós somos influenciados e influenciamos as atitudes e comportamentos sexuais, pelo simples facto de sermos indivíduos sexuados desde que nascemos até que morremos” (Vilar *et al*, 1992, citado por Martins, 2007: 44).

A educação sexual deve atender às necessidades e expectativas dos indivíduos nas condições de sujeitos das relações interpessoais, historicamente vivenciadas num tempo e espaço determinados. Perante isto, a educação sexual como parte da educação geral tem influência crucial na formação de atitudes, comportamentos e práticas positivas. Considerando-se vocacionada para formação da auto-consciência e da responsabilidade para o desenvolvimento pessoal e social, para o amor e para vida do ser humano (Schiavo, 1999). “Contudo quando se fala de aprendizagem na sexualidade pressupõe processos basicamente idênticos ao das várias aprendizagens que ocorrem ao longo do ciclo vital e com estas interage, nos domínios afectivo, cognitivo e comportamental da existência” (Azevedo, 2008: 7).

Trata-se de um tema que reúne o interesse de diferentes áreas científicas, desde as ciências biológicas, sociais e educativas. Por se tratar de uma área educativa (visto esta ser continua e evolui com os conhecimentos já adquiridos, e o percurso sexual de cada adolescente) varia em função do desenvolvimento físico e psico-afectivo, das sensações, emoções (entre elas, as sensações sexuais, a vergonha, o medo, os desejos), e as primeiras relações sexuais, que vão fomentar uma preparação para a sexualidade adulta que será vivida de acordo com a aprendizagem e o amadurecimento com base na própria experiência. Nesta linha de pensamento, compreende-se que a educação sexual seja necessária para que esta possa integrar a vida social adulta de forma equilibrada, formando adultos maduros e casais sãos (Santos, 2008).

O conceito de Educação Sexual leva a interrogações quando tem de ser definido.

Sendo a adolescência uma fase da vida em que, do ponto de vista da sexualidade, os jovens estão sujeitos a um grande número de transformações biológicas e psicológicas, assumindo-se como um dos momentos mais importantes da sua vida, mas não será o único (Piscalhoo, Serafimo & Leal, 2000: 355).

Para Schiavo (1999, citado por Costa & Magno, 2002: 33) a educação sexual visa a “(...) formação de homens e mulheres buscando a integração dos aspectos físicos, emocionais, intelectuais, sociais e culturais do ser sexual, contribuindo para o enriquecimento e incremento positivo, da personalidade, da comunicação e do amor”.

Segundo Souza (1999, citado por Santos, 2008) educar é um processo que facilita a participação no meio em que vivemos, surgindo assim uma reciclagem e reconstrução de conceitos. Logo, educar sexualmente é tornar a prática da sexualidade responsável, através de uma conduta coerente para explorar o corpo, o afecto, o medo, o prazer, juntamente com as experiências acumuladas durante a vida.

Como refere Piscalhoo *et al* “(...) as pessoas têm uma representação social acerca do assunto, sendo este um conjunto organizado de opiniões, de atitudes, de crenças e de informações referentes a um objecto ou situação, neste caso o conceito de Educação Sexual” (Piscalhoo, Serafimo & Leal 2000: 355).

Ainda Azevedo (2008), ao citar López *et al* (1986), refere quatro objectivos gerais acerca da educação sexual dos adolescentes:

- 1) “Aceitação positiva da própria sexualidade,
- 2) Favorecimento do diálogo acerca de temas sobre a sexualidade,
- 3) Tomada de consciência da vertente relacional das condutas sociais,
- 4) Aquisição de conhecimentos, o mais amplo e objectivos possíveis” (Azevedo, 2008: 24).

A educação sexual, na verdade, ocorre desde o nascimento, porque é no território familiar, da intimidade, que são transmitidas à criança e adolescente as primeiras noções e valores associados à sexualidade de forma não explícita.

A sexualidade e a educação sexual estão relacionadas com o corpo, com a expressão e imagem corporal. Ao nascer, a criança começa a explorar o prazer no seu corpo. Com o crescimento ela descobre os outros e estabelecem-se relações, com maior ou menor grau de afectividade e intimidade. O gostar, apaixonar-se, o namorar, enfim, os afectos, pertencem à dimensão da sexualidade.

“Em síntese, quando falamos de Educação Sexual, de programa de Educação Sexual, estamos a utilizar um conceito global abrangente de sexualidade que inclui a identidade sexual (masculino/feminino), o corpo, as expressões da sexualidade, os afectos, reprodução e a promoção da saúde sexual e reprodutiva” (Frade *et al*, 2003 citado por Santos, 2008: 10).

### **3.3.1 – Educação sexual na adolescência**

Os adolescentes carecem de esclarecimentos acerca do seu papel na sociedade, para que se afirmem enquanto seres humanos. Como tal, é premente a criação de mecanismos que permitam educar, orientar sobre os aspectos biológicos e psicológicos, que envolvem a sexualidade afim de auxiliá-los perante as mudanças que estão a vivenciar. Sobre esse aspecto Charbonneau (1998, citado por Azevedo, 2008: 23) afirma que:

“(...) os adolescentes devem viver sua sexualidade não de modo compulsivo, sendo prisioneiros dos desejos incontrolláveis, mas na riqueza de desejo livre, nascido do domínio que eles tiveram sobre si mesmos, controlando a sua libido, isto é, sua energia sexual, e os dinamismos que ela desencadeia.”

Conceptualizando a educação sexual como um processo que influência a estruturação e maturação da personalidade do indivíduo, que está dependente da cultura em que este está inserido, limita a educação a uma realidade orgânica, esquecendo toda a sua dimensão afectiva e social. Para Galvão (2000, citado por Azevedo, 2008: 30) a Educação Sexual deve apresentar-se como “(...) uma proposta de preparação para a vida pessoal, social, comunitária e particularmente familiar, que se alimenta em valores de vida, de civismo, de amor, de responsabilidade, de dignidade e de respeito humano”.

No contexto de todas as transformações ocorridas, é natural que o adolescente se sinta invadido por dúvidas. Estas encontram-se relacionadas com as mudanças sofridas no seu corpo, que o deixam algo perplexo. É assim inteligível que este se preocupe em esclarecer as mesmas. Esta necessidade de esclarecimento das suas dúvidas e os recursos que ele utiliza para as ultrapassar, leva a que a sexualidade nesta fase da vida se transforme numa barganha inconstante em permuta com o mundo (Azevedo, 2008).

“A vivência familiar, a escolaridade, o convívio entre amigos e colegas, o contacto com profissionais de saúde, meios de comunicação social, entre outros, são intervenientes na educação sexual do adolescente, contribuindo para a construção de um sistema de valores, de atitudes e de condutas no âmbito da sexualidade” (Azevedo, 2008: 30).

A revolução sexual dos anos 60 provocou, na população adolescente, duas alterações evidentes: a redução da idade em que os jovens iniciam a sua actividade sexual e a promiscuidade das mesmas. Por sua vez, tais modificações motivaram, entre os adolescentes, algumas consequências imediatas tais como: o aumento do número de gravidezes, o aumento do número de abortos, bem como o aumento das infecções sexualmente transmissíveis (IST). Face a esta problemática considera-se fundamental o acesso à informação o mais precocemente possível, de forma a “(...) prevenir o número crescente de adolescentes grávidas bem como o aumento das doenças sexualmente transmissíveis nesta faixa etária, o enfermeiro tem um papel preponderante como elemento promotor de hábitos de vida saudáveis” (Azevedo, 2008: 41).

Neste sentido, o papel dos profissionais de saúde e educadores é essencial para promover uma sexualidade responsável, gratificante e capaz de contribuir para a realização do adolescente enquanto pessoa na sua plenitude. Conhecer as transformações e particularidades da adolescência podem, sem dúvida, ajudar-nos não só a compreender melhor as vivências desta fase do ciclo vital, como também na percepção do mundo do adolescente de forma mais global. Na adolescência ocorrem várias transformações em simultâneo, a nível biológico, psicossocial, moral e sexual. Numa sociedade dominada pelas exigências e mudanças constantes, muitos valores vão sendo alterados, o que produz nos adolescentes incertezas e dúvidas. As mudanças na configuração corporal são uma preocupação do adolescente, vivenciada por vezes com ansiedade. Sabendo da importância sociocultural atribuída à imagem corporal, confronta-se com a existência de padrões de beleza e habilidades corporais socialmente estereotipados. Por tal facto, é premente uma aceitação positiva e incondicional do próprio corpo, de modo a que dentro do grupo de pares ele não se sinta deslocado e sujeito a pressões (Azevedo, 2008).

Os adolescentes, como já referimos anteriormente, têm uma maturidade física mais rápida do que psicológica, o que o leva a tomar decisões pouco reflectidas, sem possuírem capacidade de avaliar as suas acções a longo prazo. É essencial educar, esclarecer, motivar e ajudar o adolescente a descobrir os seus próprios valores, a conhecer-se melhor, para que tomem decisões responsáveis, através de um programa de educação sexual na escola adequado ao nível de desenvolvimento do adolescente (Sprinthall & Collins, 2003).

No início da adolescência devem ser abordadas as questões intra-pessoais, incluindo a compreensão e as implicações das transformações físicas e psicológicas decorrentes da puberdade. Numa fase posterior da adolescência, na qual se constrói a identidade, a

educação sexual deve ser orientada no sentido da discussão do desempenho dos papéis. No final da adolescência esta tarefa educativa deve incidir sobre o desenvolvimento pessoal e sexual dos mesmos, em que os adolescentes se devem concentrar na intimidade, nos compromissos e na reciprocidade.

Assim, Cortesão *et al* (2005, citado por Santos, 2008) considera que existem três grupos distintos de intervenção, com diferentes objectivos:

- 2º Ciclo do Ensino Básico: são jovens que, geralmente, têm idades compreendidas entre os 10 e os 12 anos; o objectivo geral da educação sexual é que o adolescente compreenda e identifique as mudanças fisiológicas e emocionais.

- 3º Ciclo do Ensino Básico: geralmente as idades encontram-se entre os 13 e os 15 anos; os objectivos da educação sexual são: que o adolescente compreenda o que é a sexualidade, com toda a sua diversidade e individualidade; aumentar o seu poder de decisão e a sua tolerância para com as escolhas dos outros; que adopte comportamentos informados e responsáveis face à reprodução, nomeadamente à contracepção; que seja capaz de identificar comportamentos preventivos frente aos abusos sexuais e como pode conseguir apoio nesta situação.

- Ensino Secundário: o adolescente apresenta o seu corpo de adulto praticamente desenvolvido, psicologicamente ele é mais independente e afirma as suas atitudes e valores face à sexualidade e ao amor; os objectivos educativos nesta fase são: que o adolescente compreenda a sexualidade e as suas formas de expressão ao longo da vida; aprofundar conhecimentos acerca da gravidez, parto e puerpério; que adopte comportamentos sexuais informados e responsáveis, nomeadamente em relação às IST's.

### 3.4 – FONTES DE INFORMAÇÃO

#### **A Família**

Na temática da sexualidade, a família detém um papel importantíssimo na procura de informação por parte dos adolescentes. É a família que confere ao adolescente o seu equilíbrio emocional, a sua personalidade, os seus valores, entre muitos outros aspectos, conferindo-lhe as bases que lhe vão valer para toda a vida. A abordagem da sexualidade no seio familiar, assim como o próprio conceito e papel de família, tem evoluído ao longo dos anos. Actualmente devido a uma desmistificação da sexualidade, esta fala-se e discute-se em sociedade, proporcionando à família uma maior facilidade em abordá-la entre os seus membros.

A crescente autonomia do adolescente origina uma mudança na relação entre pais e filhos, onde há um alargar de fronteiras e onde existem duas vertentes essenciais. De

acordo com Stanhope & Lancaster (1999) estas vertentes constituem, por um lado, a função homeostática, que por sua vez é uma função favorecedora da permanência e da continuidade e, por outro lado, a função transformadora que consiste na capacidade que a família tem de viver e ultrapassar as crises adaptativas e assim reencontrar um novo estado de equilíbrio. Assim, pode-se afirmar que estas competências são essenciais para que a família desempenhe as funções que lhe são inerentes para manter a integridade da unidade familiar e, assim, dar resposta às suas necessidades, às necessidades dos seus membros individualmente e às expectativas da sociedade em que se encontra inserida.

Na família com filhos adolescentes, de acordo com a autora supracitada, as tarefas principais ou fundamentais do processo educativo a cumprir deverão ser: desenvolver a socialização dos filhos, promover o desempenho escolar, manter o equilíbrio da liberdade e responsabilidade do adolescente, promover a autonomia do adolescente, desenvolver e manter uma comunicação aberta entre pais e filhos, bem como manter uma relação conjugal estável e também construir os alicerces para os futuros estádios familiares.

Desta forma, para que a família possa corresponder ao papel acima mencionado, é necessário que crie canais de comunicação que permitam uma abordagem da sexualidade de uma forma o mais natural possível, de acordo com o estágio de desenvolvimento dos seus filhos. “As relações familiares têm como base a comunicação, sendo esta apontada como central para superar as dificuldades da adolescência” (Sampaio, 1994: 100).

Os limites necessários para estruturar o indivíduo, estruturam também uma sexualidade saudável, quando os pais demonstram segurança orientam, compreendem, acolhem e interditam determinadas condutas dos filhos. Ou seja, também em matéria de sexualidade, a informação básica ou essencial vai ser obtida no contexto social que melhor conhecem, ou seja, a família.

Segundo Saito (2001: 142), “poder dizer SIM e dizer NÃO com tranquilidade é a maior referência de equilíbrio que os filhos podem receber dos pais”.

Neste contexto, as respostas não verbais têm um peso particularmente importante. É mais por aquilo que se presencia e que se observa do comportamento e atitudes dos pais que as crianças e os adolescentes vão imitando e construindo o seu próprio conceito de sexualidade.

Por vezes a família sente-se incapaz de dar resposta às necessidades dos adolescentes, porque a educação deles foi muito diferente, pois a época, o estrato social e o nível de instrução dos progenitores, influenciam a comunicação entre os adolescentes e os pais. Para Vilar (1999) citado por Vitorino (2003: 27),

“a falta de apoio sentida no lar, é compensada pelos adolescentes, com conversas de café, amigos mais velhos que se gabam de feitos e histórias falsas ou não, mas que quase sempre são desprovidas de sabedoria, e veracidade, sabedoria essa indispensável para uma construção de normas, valores e conceitos adequados”.



Desta forma, é imprescindível valorizar o papel que a família assume como agente educador, como fonte de aprendizagens de comportamentos e atitudes, que gradualmente, permitem aos filhos a construção da sua própria concepção de vida e da sua sexualidade

A possibilidade do adolescente partilhar com os pais todos os seus sentimentos de fragilidade, ambivalência, estranheza e ansiedade, terá a ver com as oportunidades de diálogo que foram sendo desenvolvidas desde a infância, e com a aceitação e entendimento das diferenças de valores e atitudes que os pais foram capazes de realizar. Os pais deverão ser capazes de manter uma comunicação aberta e isenta de tabus, tentando entender o ponto de vista do adolescente, não impondo os seus valores, contribuindo assim para que o adolescente construa os seus conceitos e valores acerca da sexualidade de uma forma livre.

## **A Escola**

A sexualidade das crianças, e particularmente dos adolescentes, é preocupação escolar desde o século XVIII, porém a forma de abordagem foi-se adaptando aos diferentes momentos históricos e culturais.

Outrora a responsabilidade da educação sexual era transmitida dos pais para a escola. Porém, muitos professores não tinham formação adequada, abordando a educação sexual apenas sobre o aspecto do carácter biológico e preventivo, levando muitas vezes a vulgaridades, segundo Werebe (1998) o controle de natalidade e a expansão do HIV foram alguns dos objectivos da implementação da educação sexual. Camargo (1999) refere também que as políticas sociais tinham como o ponto norteador a repressão à sexualidade, essa repressão acontecia porque ao controlar as relações sexuais realizava-se, ao mesmo tempo, o controle da população.

Actualmente, a escola tem um papel fundamental na formação dos adolescentes em articulação com as famílias e, segundo o quadro legal existente no nosso país, tem responsabilidade nesta área. Nomeadamente os temas ligados à sexualidade são abordados de forma pedagógica em contexto curricular desde a regulamentação da Lei 120/99 até à legislação actual com a promulgação do Despacho nº 25 995/2005, 2ª série que reforça que uma educação sexual na escola positiva e eficaz ajuda o adolescente a crescer e a obter uma vivência sexual responsável e saudável. A escola com o seu preponderante papel socializador, apresenta-se como uma fonte privilegiada de informação, muito em prol do tempo que os adolescentes passam em contexto de sala de aula com os seus professores. É com os professores que uma grande quantidade de informação pode ser colhida e consolidada, no que diz respeito à sexualidade. Posteriormente surgiu uma nova lei, a Lei n.º 60/2009 de 6 de Agosto, que estabelece o regime de aplicação da educação sexual em meio escolar, anteriormente já publicada, com Portaria n.º 196-A/2010

de 9 de Abril, dos Ministérios da Saúde e da Educação. Esta lei não acrescenta muito em relação ao enquadramento legal já existente (Lei 120/1999, de 11 de Agosto e o Decreto-Lei 259/2000 de 17 de Outubro) no entanto, salienta algumas questões fundamentais, nomeadamente: “(...) a obrigatoriedade das escolas incluírem no seu projecto educativo a área da educação para a saúde (...)” e “(...) a obrigatoriedade de aplicação da educação sexual em meio escolar devendo ser desenvolvida pela escola e pela família em parceria” (Ministério da Educação, 2000: 24). Refere-se ainda à Formação (Artigo 8º), Parcerias (Artigo 9º) e Gabinetes de Informação e Apoio ao Aluno (Artigo 10º). A colaboração da família com a escola é de extrema importância, para não existir um choque de valores, garantindo-se a coerência na educação. Não é possível separar a influência dos vários agentes de socialização no desenvolvimento moral das crianças e dos adolescentes (Ministério da Educação, 2000).

A educação sexual na escola tem como objectivo principal promover o desenvolvimento de competências essenciais na formação dos indivíduos. A educação sexual na escola deve ter por base o desenvolvimento pessoal e sexual dos adolescentes. Comparativamente ao que acontece com os pais, esta transmissão de conhecimentos e valores não passa apenas por aquilo que se diz nas salas de aula, mas também por toda a linguagem não-verbal utilizada pelos professores, pois este conjunto todo pode ajudar o adolescente a tomar posição acerca da sexualidade bem como a desenvolver um conjunto de conceitos e preconceitos sobre questões tão básicas como os papéis de género, o ser-se conservador ou liberal na abordagem da sexualidade.

Desta forma, o modo como o professor lida com temas que envolvam a sexualidade, poderá ajudar o adolescente a sentir-se mais confortável para o procurar e pedir ajuda aquando de algum problema. Se os adolescentes sentirem por parte dos professores disponibilidade e à vontade para abordar as questões da sexualidade na sala de aula, mais facilmente os mesmos os irão procurar para esclarecer dúvidas nesta área.

O adolescente só poderá ser educado a nível sexual de forma eficaz se existir envolvimento tanto por parte da escola como por parte dos pais, família ou até mesmo se existir parcerias com outras instituições, pois só em acção conjunta alcançarão este objectivo. A escola agindo de forma adequada, pode contribuir para que a sexualidade de uma criança ou de um adolescente seja um caminho, o mais positivo e gratificante possível. Segundo Lopes (1993) é importante e necessário que se desenvolva um trabalho básico de educação na comunidade escolar, de modo a facilitar a todos a aquisição de informações e orientações adequadas a respeito dos aspectos biológicos, psicológicos, sociológicos e culturais da sexualidade.

Seguindo esta linha de pensamento, pode-se afirmar que a educação sexual como vertente do processo global da Educação, bem como uma das componentes da Promoção

da Saúde, representa uma das áreas em que a colaboração entre os sectores da Educação e da Saúde se torna imprescindível, pois só assim se conseguirá atingir este objectivo fundamental para os nossos adolescentes e, desta forma, colaborar para que estes tenham uma sexualidade saudável e cresçam isentos de comportamentos de risco.

## **Os pares**

Paralelamente à família, também os pares são um importante agente de educação sexual, pois é na interacção com os outros que os adolescentes aprendem, testam e adquirem competências, integrando as normas dos grupos a que pertencem e desenvolvendo o seu próprio quadro de valores e estilos de vida, em oposição ou não ao mundo dos adultos e às mensagens parentais (Vilar, 2005).

O grupo de pares é outro contexto relevante no evoluir do adolescente, uma vez que representa “(...) para el adolescente, uno de los recursos más importantes en lo que se refiere a fuentes de información, a referencias, a estímulos, a terrenos de experimentación y seguridad” (Martins, M.F., 2007: 61).

Na adolescência, os amigos/pares assumem uma posição central nos processos de socialização, visto possuírem uma maior semelhança em termos emocionais e afectivos do que a família. Assim, o grupo de pares favorece o desenvolvimento de competências afectivas, sociais e cognitivas e intelectuais e, também, a aquisição de papéis, normas e valores sociais.

Segundo Sampaio (1997: 65), existem “cinco estádios na formação de grupo de adolescentes:

- “1 – Grupo isolado de um só sexo;
- 2 – Os grupos unissexuais participam na interacção heterossexual dando-se os primeiros movimentos face à heterossexualidade;
- 3 – Os membros de estatuto mais alto dos grupos heterossexuais iniciam contacto individual com membros do sexo oposto;
- 4 – Formação de grupos inteiramente heterossexuais;
- 5 – Desintegração do grupo como um todo e formação de díades, às vezes agrupadas.”

O adolescente tem necessidade de se afirmar, procurando fora da família novas formas de afecto, novos modelos, inserindo-se numa comunidade mais vasta (o grupo), que lhe dá, por algum tempo, a identidade social que carece (Cordeiro, 1997). Tal como nos diz Sampaio (1997: 65-66) “O grupo permite um jogo de identificações e a partilha de segredos e experiências que reputamos essencial para o desenvolvimento da personalidade”.

Assim, o grupo de pares é um importante elemento educador dos adolescentes, visto ter a capacidade para induzir formas de pensar e comportamentos, pois “o grupo de amigos oferece ao adolescente um suporte importante na contenção de muitas angústias,

desenvolvimento de atitudes, valores e ideias, num processo de organização recursiva entre o que o adolescente experimenta no passado, vive no presente e deseja para o futuro.” (Alarcão, 2000: 170).

Uma grande percentagem de adolescentes refere os amigos como a sua principal fonte de informação sobre as questões sexuais. A proximidade em termos de idade, experiências, interesses e preocupações favorece a identificação mútua e facilita a abordagem de assuntos considerados constrangedores ou difíceis. Como nos refere Martins (2007: 58-59) “(...) la socialización por el grupo es un paso importante por la maduración del adolescente”.

Porém, ainda que a “igualdade de circunstâncias” torne mais fácil abordar estas questões, os pares não são o mais eficaz dos agentes de educação sexual, contribuindo muitas vezes para a manutenção de crenças erróneas e para a disseminação de informação pouco fidedigna. Por isso, é necessário que os pais/família acompanhem e compreendam os relacionamentos/interacções que se estabelecem entre o adolescente e o seu grupo de pares, relativamente a todas as matérias e sobretudo em relação à sexualidade, no entanto sem criticar negativamente, uma vez que “a hostilização dos novos amigos, acompanhada por uma rigidificação das regras familiares, leva a uma progressiva ruptura do jovem face à família, porque nesta fase ele vai perigosamente idealizar o grupo, considerando-o substituto da família para todas as coisas” (Sampaio, 1993: 105). Família, adolescente e grupo devem perceber e respeitar o seu lugar, o seu papel e os seus limites.

### **Papel do Enfermeiro/Profissional de saúde como fonte de informação**

Como a educação sexual deve começar o mais cedo possível, deve ocorrer de maneira contínua e estar vinculada a formação de todas as crianças e adolescentes, sendo iniciada e assumida pelos pais, complementada pela escola e por profissionais de saúde. É fundamental que seja a equipa da Unidade de Saúde a trabalhar a sexualidade até pelo viés da auto-estima (Oliveira et al, citado por Conselho de Enfermagem, 2009).

Na procura permanente da excelência no exercício profissional os enfermeiros assumem o fornecimento de informação geradora de aprendizagem cognitiva e de novas capacidades do cliente. A relação terapêutica promovida no âmbito do exercício profissional de Enfermagem caracteriza-se pela parceria estabelecida com o cliente, no respeito pelas suas capacidades e na valorização do seu papel. Esta relação desenvolve-se e fortalece-se ao longo de um processo dinâmico, que tem por objectivo ajudar o cliente a ser proactivo na consecução do seu projecto de saúde (Conselho de Enfermagem, 2009).

Deste modo, o enfermeiro tem nesta área um importante trabalho a realizar, uma vez que este é um profissional que apresenta um perfil de competências, capaz de dar resposta a este tipo de necessidades do adolescente, tal como é afirmado pelo Conselho de

Enfermagem no parecer ao projecto de lei nº 634/X – 4ª, que estabelece o regime de aplicação da educação sexual nas escolas (Conselho de Enfermagem, 2009).

O Enfermeiro, no âmbito das suas competências deverá ter um papel activo como agente de formação/ informação na área da educação sexual na adolescência quer no seu local de trabalho quer em intervenções comunitárias em meio escolar. Este processo implica educar, transmitindo a informação adequada para que os indivíduos possam decidir de forma consciente. Ao enfermeiro cabe o papel de auxiliar as pessoas a adoptarem “estilos de vida favoráveis ao seu desenvolvimento biopsicossocial e espiritual.

### **Outras fontes de informação**

Para além das fontes de informação já referidas, os adolescentes recorrem actualmente a outras para se manterem informados sobre os mais variados assuntos, nomeadamente sobre sexualidade. Estas fontes de informação são os meios de comunicação social, a internet, as revistas e os livros científicos. Sendo que estas fontes de informação se constituem simultaneamente uma vantagem e uma desvantagem, visto permitirem ao adolescente confidencialidade. Porém, a grande desvantagem é a falta de credibilidade de algumas fontes consultadas bem como o facto de o adolescente não ter a noção do que é certo ou errado entre o universo de informação disponível.

Vivemos numa “aldeia global” em que a informação se difunde e circula a uma velocidade alucinante.

As mudanças sociais foram ao longo das últimas décadas alvo de uma difusão rápida por parte dos meios de comunicação social. O acesso à televisão, o aumento da oferta de canais televisivos, jornais, revistas, a expansão do acesso à Internet, foram alguns dos meios de propagação rápida e generalizada das ondas de mudança social, entre as quais, as referentes à sexualidade (Vilar, 2003).

“Actualmente, fruto de todo o desenvolvimento, bem como da notoriedade que foi conferida aos meios de comunicação, estes transformaram-se em instrumentos capazes de dissolver barreiras culturais, geográficas e mesmo linguísticas. Possibilitam, desta forma, a construção de uma rede de comunicação mundial que permite uma difusão acelerada da informação, bem como, um contacto com o desconhecido” (Monteiro, 2008: 8).

Os **meios de comunicação social** são uma das fontes mais utilizadas pelos adolescentes, uma vez que “entram” pela casa de cada um, todos os dias, levando aos mais novas informações e conhecimentos sobre os mais variados temas, entre eles, o tão delicado e importante que é a sexualidade (Lopes, 1993). Desta forma, “ (...) los medios de comunicación social no son exclusivamente poderosos técnicas de difusión de la información, sino también formas globales de “ser” y “penar”” (Martins, M. F., 2007: 64).

A **televisão** é um dos meios de comunicação social com mais o impacto na actualidade, uma vez que educa, cria padrões e dissemina informações.

Consideramos que a realização de campanhas de educação para a saúde no âmbito da sexualidade através dos meios de comunicação social é, sem dúvida, um importante aliado para a educação sexual dos adolescentes. Por razões como o fácil acesso, a utilização de linguagem adequada, assim como o aspecto visual do tratamento da informação, fazem com que o impacto sobre os adolescentes seja maior.

Infelizmente, “(...) tem sido usada frequentemente de maneira inadequada, gerando deseducação, repetindo padrões irreais e omitindo e/ou deturpando informações” (Lopes, 1993: 63). De acordo com Gouveia, citado por Lopes (1993), desligar o televisor não é solução, deve-se, antes, promover o diálogo e o debate entre adolescentes e educadores, de modo a que estes consigam incutir nos adolescentes uma conduta baseada na afectividade e não no mero divertimento, procurando abolir a imagem do sexo com fins comerciais.

Porque, tal como nos diz Lopes (1993: 64), “A informação clara, verdadeira, desmistificada e dentro de um contexto de afeição e compreensão é a nossa principal arma contra os danos que os meios de comunicação podem provocar”.

A **internet** é um “novo” espaço de socialização para todos nós, sobretudo para os adolescentes. Para além de permitir o estabelecimento de novas relações (nomeadamente através das conhecidas redes sociais), permitem também o acesso a um vasto leque de informação sobre os mais variados temas com uma rapidez incrível. Daí ser um dos meios de eleição em termos de procura de informação.

Segundo Martins (2007: 70), a internet “(...) ha aportado un “poder” a los niños y adolescentes único en la historia contemporânea (...)”, ela permite aos adolescentes transmitir informação para outros adolescentes, trocar ideias, conceitos, crenças e valores.

A internet possui qualidades que se constituem simultaneamente inconvenientes: “ (...) el contenido ilimitado y diversificado; la libertad de utilización; la ausencia de vigilancia una vez que es casi siempre utilizada aisladamente y por los jóvenes; aún está en proceso de auto-invención y, por eso, sus códigos son fuidos e inconstantes” (Martins, 2007: 71).

As **revistas** e os **livros científicos** são outras das fontes de informação utilizadas pelos adolescentes. Possuem, tal como os anteriores, a grande vantagem da confidencialidade.

No que se refere às revistas, existem no mercado várias e muitas delas destinadas aos próprios adolescentes, mas que por vezes possuem conteúdos pouco científicos.

Em relação aos livros, estes possuem uma informação mais fidedigna e científica, mas os adolescentes consideram-nos “maçadores”, contribuindo para que não sejam uma fonte muito utilizada por eles.

Porém, como nos diz Martins (2007: 73), “ (...) no interesa prohibir sino controlar su utilización”.

### 3.5 – ESTILOS DE VIDA NA ADOLESCÊNCIA

“Estilo de Vida”ou “Hábitos de Vida” são conceitos amplos que englobam a ideia da pessoa como um todo, nas vertentes física, mental, espiritual e social. Consideram-se “hábitos de vida saudáveis” todos os comportamentos que são responsáveis por uma vida mais saudável. Os estilos de vida são um conjunto de hábitos e comportamentos de resposta às situações do dia-a-dia, apreendidos através do processo de socialização e constantemente reinterpretados e testados, ao longo do ciclo de vida (OMS, 2006).

Um estilo de vida saudável inclui comportamentos preventivos de doença, vigilância da saúde, boa nutrição e controlo do peso, lazer, actividade física regular e a privação de substâncias nocivas ao organismo. Os estilos de vida estão ligados aos valores, às motivações, às oportunidades e a questões específicas ligadas a aspectos culturais, sociais e económicos (OMS,1986).

As necessidades de saúde dos adolescentes revestem-se de características particulares, que são reflexo do processo de crescimento e de desenvolvimento que atravessam. Da parte dos profissionais de saúde existe uma grande preocupação na promoção de hábitos de vida saudáveis tais como alimentação equilibrada, exercício físico regular, vacinação, no entanto existem outras necessidades de relevo cuja vertente psicossocial é de particular importância nestas idades.

Em qualquer contexto social, cultural e económico, a procura da satisfação das necessidades de saúde por parte dos adolescentes motiva comportamentos que, frequentemente envolvem riscos no plano biológico, psicológico e social.

A melhoria global das condições de vida das populações e os progressos tecnológicos têm permitido minorar a prevalência das doenças infecciosas. No entanto, as transformações sociais têm determinado uma importância crescente dos problemas de saúde ligados a estilos de vida, a perturbação do ambiente e a utilização inadequada de novas tecnologias. São as doenças ligadas aos estilos de vida e aos comportamentos individuais que constituem, hoje, uma preocupação grande para os profissionais de saúde.

Segundo o parecer da OE (2009:2) as principais causas de morbilidade e mortalidade na adolescência não são as doenças, “mas comportamentos de risco que prejudicam a saúde”.

Cerca de metade das mortes ocorridas neste grupo etário é devida a causas externas, ou seja, a acidentes, a suicídios e a outras violências.

No que respeita à morbilidade, constata-se também que uma parte significativa dos casos diz respeito a condutas específicas, mantidas desde a infância ou iniciadas na adolescência.

Segundo o PNS (2004-2010)

“Entre os jovens, verifica-se um aumento do sedentarismo, de desequilíbrios nutricionais, particularmente importante entre as raparigas, de condutas violentas, particularmente importante entre os rapazes, da morbilidade e mortalidade por acidentes, da maternidade e paternidade precoces, em particular, em adolescentes com menos de dezassete anos, e de comportamentos potencialmente adictivos, relacionados nomeadamente com o álcool, o tabaco e as drogas ilícitas.

Segundo a DGS (2007, p.11)

“a maior parte dos problemas de saúde e de comportamentos de risco, associados ao ambiente e aos estilos de vida, podem ser prevenidos ou significativamente reduzidos através do planeamento e aplicação de projectos ou programas de saúde efectivos (...) os estudos de avaliação do custo/efectividade das intervenções preventivas têm demonstrado que 1 € gasto na promoção da saúde, hoje, representa um ganho de 14 € em serviços de saúde, amanhã”.

Segundo Silva et al (2002:130) quando se estabelecem programas de saúde ligados aos adolescentes há que tomar em consideração vários factores:

“Ao lidar com os comportamentos que podem originar situações de risco para a saúde, há que ponderar os problemas originados a curto, a médio e a longo prazo. Nos jovens, porventura mais do que em idades posteriores, as condutas que implicam risco para a saúde revestem-se de uma componente social muito acentuada. Os estilos de vida e os comportamentos dos adolescentes podem estar ligados a diferentes problemas de saúde em simultâneo. Neste contexto, quando se pretende induzir mudanças de comportamentos considerados problemáticos, há que desenvolver estratégias globais de intervenção nas quais, para além de se pretender informar os grupos juvenis da necessidade de mudança de condutas, há que apresentar e debater de forma compreensiva os problemas em causa, de modo a estimular a adopção colectiva de comportamentos mais adequados.”

Segundo Matos (2006) no Relatório Preliminar dos Indicadores de Saúde dos Adolescentes Portugueses, em termos de percepção de saúde entre 2002 e 2006 ocorreu um aumento dos jovens que consideram que a sua saúde está excelente e continuam a ser os rapazes e os jovens com 11 anos que têm melhor percepção da sua saúde.

Em relação à prática de relações sexuais entre 2002 e 2006 há uma estabilização do número de adolescentes que dizem já ter tido relações sexuais. Mantêm-se os rapazes e os jovens com 16 anos ou mais como os que mais frequentemente afirmam já ter tido relações sexuais. Para a idade da primeira relação sexual, a mais referida continua a ser os 14 anos ou mais havendo, entre 2002 e 2006, um aumento do número de adolescentes que referem essa idade. Os rapazes continuam a ser os que mais vezes referem ter tido a primeira relação sexual com 11 anos ou menos e continuam a ser as raparigas a afirmar que a



primeira vez que tiveram relações sexuais tinham 14 anos ou mais. Em relação à prática do uso do preservativo dos jovens do 8º e 10º anos que já tiveram relações sexuais, verifica-se uma redução dos que afirmam que na última relação sexual não utilizaram preservativo. Em 2006 são os rapazes que referem mais vezes ter utilizado o preservativo na última relação, e são os jovens com 13 anos (os mais novos) os que mais frequentemente afirmam não ter utilizado o preservativo na última relação.

Ainda segundo Matos (2006) em relação ao consumo de fruta, vegetais e refrigerantes comparando os resultados do estudo de 2002 com os de 2006, podemos verificar uma diminuição dos jovens que consomem pelo menos uma vez por dia fruta, vegetais e colas e outros refrigerantes. Essa redução geral do consumo desses alimentos é observada desde 1998, é observada tanto nos rapazes como nas raparigas e em todos os grupos etários. Verifica-se ainda uma diminuição no consumo de pequeno-almoço em todos os grupos etários.

Em relação a hábitos de higiene oral segundo Matos (2006) entre 2002 e 2006 aumentou o número de jovens que referem lavar os dentes mais do que uma vez por dia. Desde 2002 são as raparigas que referem mais vezes lavar os dentes mais do que uma vez por dia. Tanto em 2002 como em 2006 verifica-se um aumento dos jovens que dizem que lavam os dentes mais do que uma vez ao dia, à medida que a idade aumenta.

Em relação ao IMC, segundo Matos (2006) entre 2002 e 2006 os valores do excesso de peso e de obesidade podem considerar-se estacionários. Desde 2002 que são os rapazes e os jovens com 11 anos que têm mais excesso de peso e são mais frequentemente obesos.

No que diz respeito à prática comum de dietas, comparando 2002 com 2006, verifica-se um aumento no número de jovens que dizem estar a fazer dieta. Desde o estudo de 1998 são as raparigas que fazem significativamente mais dieta do que os rapazes. Verifica-se, tanto no estudo de 2002 como no de 2006, um aumento dos jovens que respondem estar em dieta, à medida que aumenta de idade.

Em relação à prática de actividade física, Matos (2006) refere que comparando os resultados do estudo de 2002 e 2006, verifica-se um ligeiro aumento na prática de actividade física. Os rapazes continuam a ser os que mais praticam actividade física. Em ambos estudos o grupo dos 11 anos é o que mais pratica, verificando-se um aumento na prática de actividade física de 2002 para 2006, não apenas para os jovens com 11 anos, mas também para os jovens com 13 anos e para os jovens com 16 anos ou mais.

A dimensão deste estudo chamou a atenção para problemas futuros e na percepção de saúde para os adolescentes. É fundamental actuar através de programas de promoção da saúde centrados no adolescente.

Segundo Matos (2006) promover a saúde tem a ver com estilos de vida saudáveis, reduzindo outros mais ligados ao risco e a doenças. A promoção da saúde é vista, segundo

a carta de Ottawa (1986) como um processo de capacitação das pessoas para o aumento do controlo sobre a saúde. O estilo de vida individual, caracterizado por padrões de comportamento identificáveis, pode ter um efeito profundo na saúde individual e colectiva, promover um estilo de vida saudável prende-se com medidas no dia-a-dia, medidas essas que tornem a opção por estilos de vida saudáveis, a opção mais fácil e prestigiante do ponto de vista do reconhecimento social.

## **II – DESCRIÇÃO E ANÁLISE DAS INTERVENÇÕES**

## **1 – INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA NA ÁREA DA PROMOÇÃO DA SAÚDE INTEGRADA NA PROMOÇÃO DA IMAGEM DA ESSP**

A Intervenção Comunitária na área da Promoção da Saúde realizou-se no período entre 26 a 29 de Abril de 2011. Esta intervenção foi realizada pelos 13 alunos do 1º mestrado em enfermagem na área de especialização em enfermagem comunitária.

### **1.1 – CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO**

O local de estágio foi a Escola Superior de Saúde de Portalegre.

A Escola Superior de Saúde de Portalegre é uma Instituição de Ensino Superior e unidade orgânica do Instituto Politécnico de Portalegre que cria, transmite e difunde o conhecimento, orientado para o domínio científico das ciências da saúde através de formação e qualificação de alto nível, para públicos diferenciados, em momentos vários dos percursos académico e profissional, promovendo e realizando investigação e fomentando o desenvolvimento tecnológico e das comunidades, bem como promover o desenvolvimento da região em que está inserida em cooperação com entidades regionais, nacionais e internacionais.

A ESSP administra Licenciatura em Enfermagem e Licenciatura em Higiene Oral, várias Pós-Graduações (que se realizam com o número mínimo de 15 alunos inscritos) e Mestrado em Enfermagem nas áreas de Gestão das Unidades de Saúde e Enfermagem Comunitária. A ESSP tem um universo de aproximadamente 500 alunos.

O corpo docente é composto por um total de 32 docentes. A ESSP tem gabinete de Produção de Materiais Pedagógicos, Centro de Informática, Sala de Computadores, Biblioteca, Reprografia e Secretariado.

### **Projecto Educativo**

Fazem parte do Projecto Educativo os seguintes objectivos:

- a) Formar profissionais altamente qualificados no domínio científico da saúde com preparação nos aspectos cultural, científico, pedagógico, técnico e ético, criando, organizando e ministrando ciclos de estudos visando a atribuição de graus académicos, bem como de outros cursos pós secundários, de cursos de formação pós -graduada, mestrados, ou outros, de acordo com a legislação em vigor;

- b) Implementar estratégias que estimulem a formação humana, cultural, científica, pedagógica e técnica de todos os seus membros;
- c) Realizar actividades de investigação visando a produção, aperfeiçoamento, desenvolvimento e difusão do conhecimento no domínio científico da saúde;
- d) Promover a prestação de serviços à comunidade no âmbito da sua actividade como contributo para o desenvolvimento regional, nacional e internacional;
- e) Promover o intercâmbio cultural, científico e técnico com outras instituições, quer públicas, quer privadas, nacionais ou estrangeiras;
- f) A ESSP deverá promover e pautar a sua actividade em estrita articulação com a política global e dentro da estratégia de gestão definida pelo IPP.

## 1.2 – DIAGNOSTICO DE SITUAÇÃO

Para a intervenção na área da promoção da saúde não foi realizado um diagnóstico de situação no entanto este surge tendo por base os resultados de estudos nacionais que revelam a adolescência como uma etapa crítica para a adopção de estilos de vida menos saudáveis. Entre os comportamentos de risco adoptados estão o aumento do consumo de álcool, uso de tabaco e drogas ilícitas, sedentarismo, obesidade e hábitos alimentares incorrectos.

Após a leitura e análise do PNS (2004-2010) este forneceu ferramentas essenciais para o estágio e dele emergiram necessidades passíveis de intervenção, nomeadamente a consciencialização na adopção de comportamentos saudáveis entre os jovens, uma vez que a adolescência é a etapa da vida onde se adoptam comportamentos de risco com maior frequência. Segundo o parecer da OE (2009:2) as principais causas de morbilidade e mortalidade na adolescência “não são as doenças mas comportamentos de risco que prejudicam a saúde”.

Segundo o PNS (2004-2010) na situação actual da saúde dos jovens verifica-se um aumento do sedentarismo, de desequilíbrios nutricionais, de condutas violentas, da morbilidade e mortalidade por acidentes e de comportamentos potencialmente aditivos, relacionados nomeadamente com o álcool, o tabaco e as drogas ilícitas.

Ainda segundo a DGS (2007, p.11)

“a maior parte dos problemas de saúde e de comportamentos de risco, associados ao ambiente e aos estilos de vida, podem ser prevenidos ou significativamente reduzidos através do planeamento e aplicação de projectos ou programas de saúde efectivos (...) os estudos de avaliação do custo/efectividade das intervenções preventivas têm demonstrado que 1 € gasto na promoção da saúde, hoje, representa um ganho de 14 € em serviços de saúde, amanhã”.

A intervenção comunitária na área da promoção da saúde surgiu após duas propostas efectuadas pelos professores responsáveis pelo estágio. A etapa de definição de prioridades

foi assim suprimida uma vez que as actividades possíveis de programar foram definidas pelos professores e pelo grupo de mestrandos.

A primeira proposta de intervenção dizia respeito à promoção de comportamentos saudáveis nos adolescentes do concelho de Portalegre e justificava-se pela necessidade de incentivar estilos de vida saudáveis junto dos adolescentes, tal como é tido em conta no plano nacional de saúde 2004/2010.

A segunda proposta para esta intervenção comunitária foi a promoção da imagem da ESSP. Este desafio foi proposto ao grupo, de 13 alunos, que decidiu pela intervenção comunitária na adolescência, pelos professores responsáveis pelo estágio Professora Dr<sup>a</sup> Filomena Martins e Professor Dr<sup>o</sup> Mário Martins e tinha como principal objectivo divulgar e projectar a oferta formativa da ESSP junto dos Jovens do concelho de Portalegre, bem como a imagem social da profissão de enfermagem. O desinvestimento e a desertificação são cada vez maiores nas zonas do interior do País. Segundo dados do INE a população residente no concelho de Portalegre é de 118952, menos 8066 residente do que em 2001 (baseados em dados preliminares dos censos de 2011).

A população alvo desta intervenção foram todos os adolescentes estudantes do 9ºano e 12ºano de escolaridade da área de ciências e tecnologias, de todas as escolas secundárias do concelho de Portalegre, nomeadamente: Escola Secundária Mouzinho da Silveira; Escola Secundária São Lourenço; Escola Básica Cristóvão Falcão; Escola Básica 2,3 José Régio.

A escolha dos adolescentes do 9º ano e 12ºano da área de ciências e tecnologias, deveu-se ao facto de serem dois anos lectivos bastante importantes para a escolha da profissão futura. São nestes anos lectivos que se opta pela área profissional a desenvolver futuramente e desta forma a intervenção possibilitou transmitir informação pertinente sobre a oferta formativa da ESSP, bem como a demonstração de algumas áreas de prestação da enfermagem promovendo a imagem social da profissão.

### 1.3 – OBJECTIVOS DA INTERVENÇÃO

Na etapa de fixação dos objectivos foram definidos os objectivos para esta intervenção bem como os indicadores de actividade. Foram definidos indicadores de actividade e indicadores de avaliação da actividade, que vão permitir quantificar e avaliar a intervenção desenvolvida para atingir os objectivos propostos. Não foram definidos indicadores de impacto uma vez que estes medem alterações ao nível da saúde ou comportamento impossíveis de avaliar no curto espaço de tempo que decorreu esta intervenção.

**Objectivos gerais:**

- Promover a adopção de comportamentos saudáveis, junto dos alunos do 9º ano e 12º ano de escolaridade da Área de Ciências e Tecnologia das escolas da cidade de Portalegre.
- Contribuir para uma escolha de vida profissional junto dos alunos do 9º ano e 12º ano de escolaridade da Área de Ciências e Tecnologia do concelho de Portalegre através da divulgação da oferta formativa existente na ESSP.

**Objectivos específicos:**

- Proporcionar aos adolescentes a aquisição de conhecimentos em relação à importância da adopção de comportamentos saudáveis, até ao final de Abril de 2011;
- Contribuir para a capacitação dos adolescentes no que se refere à actuação em situações de emergência e comportamentos de cidadania, até ao final de Abril de 2011;
- Informar os adolescentes sobre a missão e os cursos ministrados na ESSP, até ao final de Abril de 2011;
- Demonstrar aos adolescentes aspectos práticos inerentes à área de actuação de cada curso ministrado na ESSP, até ao final de Abril de 2011.

Após serem definidos os objectivos gerais e os específicos foram elaborados os indicadores de actividade e de avaliação de actividade para esta intervenção comunitária.

**Indicadores de actividade:**

- Realização de uma sessão de abertura em cada um dos dias de actividades;
- Apresentação de um filme sobre os cursos ministrados na ESSP no decorrer de todos os dias de actividades;
- Realização de 3 sessões de educação para a saúde por turma;
- Realização de 1 visita por turma às instalações da ESSP;
- Distribuição de 1 folheto por aluno sobre os cursos ministrados;
- Aplicação dos questionários de avaliação aos adolescentes no final do dia de actividades.

**Indicadores de avaliação de actividade:**

- 80% dos questionários de avaliação preenchidos com resultados de satisfeito ou mais que satisfeito.

## 1.4 – SELECÇÃO DE ESTRATÉGIAS

Foram seleccionadas as seguintes estratégias de intervenção:

- Programar os dias e as actividades com todos os intervenientes nesta intervenção comunitária, nomeadamente os professores responsáveis pelo estágio do 1º mestrado em enfermagem, direcção da ESSP, professores e directores das escolas envolvidas (ESMS; ESSL; Escola Básica Cristóvão Falcão; Escola Básica 2,3 José Régio);
- Dividir o grupo de 13 mestrados em 2 grupos de trabalho para desenvolver actividades em dias diferentes, para maior flexibilidade em abranger todas as turmas;
- Dividir cada grupo de trabalho em subgrupos de 2 enfermeiros do curso de Mestrado para maior facilidade na transmissão da informação;
- Estarem dois enfermeiros do Curso de Mestrado à frente de cada sessão de educação para a saúde: promoção de estilos de vida saudáveis, saúde oral e suporte básico de vida;
- Os enfermeiros do Curso de Mestrado estarem identificados com t-shirts com o símbolo da ESSP;
- As turmas de alunos foram divididas em três grupos, sendo que cada grupo foi orientado para cada área distinta (Apêndice I);
- Iniciar a actividade com uma sessão de abertura presidida pelo Senhor Director da ESSP e Professores responsáveis pelo estágio;
- Visita às instalações da ESSP;
- Exposição de Posters;
- Sessões de educação para a saúde;
- Entrega de 1 folheto informativo sobre a ESSP a cada aluno.

## 1.5 – ELABORAÇÃO DO PROJECTO DE ESTÁGIO

A elaboração do projecto individual de estágio (Apêndice II) seguiu-se após a elaboração do projecto de estágio do grupo (Apêndice III) de 13 mestrados da ESSP e que se traduziu no projecto de intervenção. No projecto individual de estágio estão descritas



todas as actividades a desenvolver para atingir os objectivos gerais e específicos propostos para a intervenção.

## 1.6 – PREPARAÇÃO DA EXECUÇÃO

A preparação da execução foi a etapa que se seguiu à elaboração do projecto individual de estágio.

Antes de dar início ao estágio propriamente dito foi fundamental reunir com os professores responsáveis pelo estágio uma vez que foi necessário definir as linhas orientadoras do estágio e as actividades. As reuniões de orientação com os professores responsáveis pelo estágio foram acontecendo durante todo o período de estágio sempre que existiu necessidade de esclarecer questões. Também foi fundamental contactar e reunir com os directores e professores das escolas secundárias de Portalegre (ESMS; ESSL; Escola Básica Cristóvão Falcão; Escola Básica 2,3 José Régio) para os envolver nas actividades definidas e aferir disponibilidades consoante a calendarização escolar. Também houve necessidade de várias reuniões de grupo dos 13 mestrandos para definir datas, dias de actividades e definir as linhas orientadoras para as sessões de educação para saúde.

As actividades foram programadas para a semana de 26 a 29 de Abril uma vez que na semana seguinte os alunos das escolas secundárias estariam em época de preparação de exames. As turmas bem como os alunos foram divididos pelos dias de actividades por organização das escolas envolvidas.

Efectuou-se o cronograma de actividades (Apêndice IV) e o mapa da intervenção (Apêndice V).

Afectaram-se os recursos humanos e materiais necessários à preparação da actividade, nomeadamente:

- Dois enfermeiros do Curso de Mestrado em cada sessão devidamente identificados;
- Os Professores responsáveis pelo estágio;
- Director da ESSP;
- Os alunos das turmas do 9º e 12º anos das escolas da cidade de Portalegre.
- 1 sala/auditório para sessão de abertura;
- 2 Salas equipadas com computador e videoprojector;
- 1 sala equipada com materiais para vigilância da saúde oral, com computador, powerpoint e videoprojector;
- Modelo anatómico para a prática de SBV;
- Aparelhos de avaliação de TA, Balança; IMC;

- Posters informativos e alusivos aos temas de comportamentos saudáveis: Roda dos Alimentos, Exercício Físico e Actividades de Enfermagem;
- Realização de pequenos filmes alusivos à higiene oral, suporte básico de vida e hábitos de vida saudáveis;
- Aquisição de folhetos para entregar a todos os alunos sobre os cursos ministrados na ESSP (reprografia).

Houve necessidade de efectuar pesquisa bibliográfica sobre os temas relacionados com hábitos de vida/comportamentos saudáveis na adolescência uma vez que a actualização e o desenvolvimento destes temas era fulcral para a estruturação de sessões mais ricas tanto para os adolescentes como para o grupo de mestrandos possibilitando a interacção com os adolescentes, desenvolvendo mais esta capacidade como enfermeiro especialista em enfermagem comunitária. As sessões de educação para a saúde foram preparadas com base na teoria sócio-cognitiva de Bandura.

Na **execução da actividade** ficou definido que cada grupo de alunos viria acompanhado pelo professor da disciplina e que a duração da visita às instalações da ESSP seria de 120 minutos cada grupo (dias e tempo definidos com os professores das escolas secundárias).

Iniciou-se cada dia de actividade com uma **sessão de abertura** presidida pelo Director da ESSP Professor Francisco Vidinha e os professores responsáveis pelo estágio Professora Dra. Filomena Martins e Professor Dr. Mário Martins. Após esta sessão de abertura que se realizou na sala de conferências da ESSP com o intuito de apresentar a ESSP e as ofertas formativas da mesma, os alunos foram encaminhados para a sala de práticas de enfermagem para uma demonstração prática de **suporte básico de vida**.

Nesta primeira actividade realizada com os alunos foi elaborada uma apresentação powerpoint como forma de guia da sessão de demonstração (Apêndice em CD pasta Promoção ESSP). As temáticas abordadas na sessão foram: O que é SBV; cadeia de sobrevivência; procedimentos no SBV. Durante a sessão eram descritos os passos do algoritmo terapêutico do adulto, acompanhados pela apresentação em powerpoint, em simultâneo com a demonstração prática num modelo anatómico para a prática de SBV. Esta sessão tinha uma duração de 45 minutos e era realizada por 2 mestrandos.

A actividade de SBV teve como objectivo demonstrar algumas práticas de actuação dos enfermeiros perante uma vítima, mas também de promover práticas de cidadania no que diz respeito à abordagem de uma vítima na via pública. Nestas sessões foi sempre dada abertura ao diálogo e esclarecimento de dúvidas, bem como a possibilidade de alguns alunos experimentarem os procedimentos no modelo anatómico.

Após a apresentação da sessão de SBV o grupo de alunos era dividido em 2 grupos para realizar actividades diferentes. O primeiro grupo era orientado para a actividade de promoção de comportamentos saudáveis, enquanto o segundo grupo era orientado para uma visita guiada à escola e pela sala de práticas de higiene oral.

Na actividade de **promoção de comportamentos saudáveis** era apresentado um filme elaborado pelos mestrandos que abordava os principais comportamentos de risco na adolescência (Apêndice em CD pasta Promoção ESSP). A duração do filme era de 2 minutos e a sua apresentação decorria em simultâneo com as actividades de determinação do IMC, avaliação de peso e avaliação da tensão arterial. Estas actividades tiveram lugar na sala de aula junto à sala de práticas de enfermagem, foram realizadas por 4 mestrandos e tiveram a duração de 25 minutos.

Durante estas actividades os alunos puderam praticar a avaliação de IMC e avaliação da Tensão arterial bem como esclarecer algumas dúvidas. Os objectivos destas actividades eram sensibilizar para a prática de comportamentos saudáveis assim como permitir o contacto com algumas actividades inerentes ao papel do enfermeiro.

A última actividade programada era a **visita guiada às instalações da ESSP** e a visita à sala de práticas de **higiene oral**. Nesta visita era demonstrado um filme da ESSP, realizado pelos mestrandos, sobre os cursos ministrados na ESSP e a visita às instalações da escola com a duração de 10 minutos (Apêndice em CD pasta Promoção ESSP). Posteriormente era realizada uma visita à sala de práticas de higiene oral onde estiveram presentes os professores do curso de higiene oral e onde também aqui os alunos puderam esclarecer dúvidas sobre o curso. A visita foi realizada por um dos alunos do mestrado e teve a duração de 15 minutos.

No final de todas as actividades os alunos foram novamente encaminhados para a sala de conferências para o preenchimento dos questionários de avaliação das intervenções (Apêndice VI) e entrega de um folheto sobre a ESSP. O questionário de avaliação foi elaborado pelos mestrandos e era composto por 8 questões relacionadas com a satisfação dos formandos em relação às intervenções desenvolvidas, ao desempenho, métodos e técnicas pedagógicas utilizadas pelos mestrandos nas várias sessões.

Cada aluno devia preencher o questionário atribuindo a cada questão uma classificação da escala (insatisfeito, pouco satisfeito, satisfeito, muito satisfeito e extremamente satisfeito).

A última questão do questionário era uma pergunta aberta para comentários e sugestões.

Para concluir o grupo de mestrandos e os professores orientadores do estágio deram por encerrado o dia de actividades.

## 1.7 - AVALIAÇÃO

As actividades decorreram conforme o planeamento realizado para as mesmas. Houve sempre o interesse pela parte dos mestrandos para a abertura ao diálogo e participação dos alunos nas diversas actividades. De referir que no início da programação das actividades para esta intervenção, foram contactados meios de comunicação social que acederam à realização de reportagens acerca das actividades realizadas pelos mestrandos. Assim foram realizadas duas reportagens, a primeira foi efectuada pela Local TV dia 27/04/2011 e a segunda pela RTP dia 28/04/2011 e apresentada no programa Portugal em Directo dia 29/04/2011.

Os questionários aplicados foram numerados e os dados introduzidos para tratamento estatístico no programa SPSS® (Apêndice em CD pasta Tratamento Estatístico). Para a análise dos dados utilizou-se unicamente frequências absolutas e percentagens. Os dados estatísticos foram descritos e apresentados em tabelas, de forma a facilitar a compreensão dos mesmos.

A intervenção abrangeu um total de 317 adolescentes (197 estudantes do 9º ano (62,1%) e 120 estudantes do 12º ano de escolaridade (37,9%), sendo 109 adolescentes da Escola Mouzinho da Silveira, 78 estudantes de São Lourenço, 60 estudantes da Escola 2+3 Cristóvão Falcão e 70 estudantes da Escola 2+3 José Régio), com idades compreendidas entre os 14 e os 22 anos.

Idade	Sexo				Total	
	Feminino		Masculino			
	N	%	N	%	N	%
14	47	27,5	34	23,3	81	25,6
15	43	25,1	42	28,8	85	26,8
16	14	8,2	7	4,8	21	6,6
17	37	21,6	33	22,6	70	22,1
18	26	15,2	20	13,7	46	14,5
19	2	1,2	5	3,4	7	2,2
20	1	0,6	4	2,7	5	1,6
21	1	0,6	0	0	1	0,3
22	0	0	1	0,7	1	0,3
Total	171	100	146	100	317	100

Tabela 1 – Distribuição dos inquiridos segundo a idade e sexo

A maioria dos adolescentes frequenta o 9º ano de escolaridade (62,1%), seguindo-se os estudantes do 12º ano de escolaridade (37,9%).

Ano de Escolaridade	Sexo				Total	
	Feminino		Masculino			
	N	%	N	%	N	%
9.º Ano	107	62,6	90	61,6	197	62,1
12.º Ano	64	37,4	56	38,4	120	37,9
Total	171	100	146	100	317	100

Tabela 2 – Distribuição dos inquiridos segundo o ano de escolaridade e sexo

Em relação à distribuição dos adolescentes segundo o estabelecimento de ensino foi a ESMS que trouxe mais adolescentes para os dias de actividades (34,4%), seguindo-se da ESSL que trouxe 24,6% de alunos, a Escola 2+3 José Régio trouxe 22,1% de alunos e por fim a Escola 2+3 Cristóvão Falcão trouxe 18,9% de alunos para esta intervenção comunitária.

Estabelecimento de Ensino	Sexo				Total	
	Feminino		Masculino			
	N	%	N	%	N	%
Escola Sec. Mouzinho da Silveira	60	35,1	49	33,6	109	34,4
Escola Sec. S. Lourenço	43	25,1	35	24	78	24,6
Escola 2+3 Cristóvão Falcão	29	17	31	21,2	60	18,9
Escola 2+3 José Régio	39	22,8	31	21,2	70	22,1
Total	171	100	146	100	317	100

Tabela 3 – Distribuição dos inquiridos segundo o estabelecimento de ensino e sexo

Em relação à satisfação dos adolescentes face às actividades de promoção de comportamentos saudáveis, foram avaliados vários aspectos, nomeadamente: a forma como se sentiram e foram recebidos durante as actividades; o desempenho, simpatia, competência e profissionalismo dos mestrados, utilidade dos temas e forma como foram abordados e aspectos gerais das actividades (grau de satisfação total).

Relativamente à forma como os jovens se sentiram durante as sessões pode-se verificar que 100% das respostas concentram-se nas 3 posições positivas da escala (satisfeito, muito satisfeito e extremamente satisfeito). Verificou-se que 57,1% dos adolescentes ficaram muito satisfeitos e 31,5% dos jovens ficaram extremamente satisfeitos em relação à forma como se sentiram durante a sessão. Também a forma como foram recebidos na ESSP verificou-se a concentração de respostas nas 3 posições positivas da escala, sendo que 46,1% dos jovens ficaram muito satisfeitos e 47,9% ficaram extremamente satisfeitos pela forma como foram recebidos.

Quanto ao desempenho, simpatia, competência e profissionalismo dos mestrados os alunos consideraram os mestrados simpáticos, uma vez que as respostas concentram-se nas 3 posições positivas da escala, sendo de realçar que 64% dos jovens considerou estar extremamente satisfeito quanto à simpatia dos mestrados. Quanto à competência e profissionalismo dos mestrados os jovens foram unânimes uma vez 95,9% dos jovens concentraram a sua resposta na posição da escala de muito satisfeito e extremamente satisfeito.

Quanto à utilidade dos temas e a forma como foram abordados pode-se concluir pela análise da tabela 4 que a concentração maior de respostas localiza-se nas três posições positivas da escala, principalmente nas posições de muito satisfeito (93,1%) e extremamente satisfeito (92,1%).

Quanto ao esclarecimento de dúvidas pode-se concluir pela análise da tabela que a concentração maior de respostas localiza-se nas três posições positivas da escala: na posição de satisfeito (8,5%), na posição de muito satisfeito (37,9%) e extremamente satisfeito (53,3%).

Relativamente ao facto de as actividades terem correspondido às expectativas dos jovens, pode-se concluir pela análise da tabela 4 que a maioria dos jovens ficou entre muito satisfeito e extremamente satisfeito (90,2%) e que as sessões corresponderam assim às suas expectativas.

Por último e no que diz respeito ao grau de satisfação geral em relação às sessões a totalidade dos jovens concentrou as suas respostas nas 3 posições positivas da escala: satisfeito (5,4%), muito satisfeito (45,7%) e extremamente satisfeito (48,9%).

Itens		Sexo				Total	
		Feminino		Masculino			
		N	%	N	%	N	%
Forma como te receberam neste espaço	Insatisfeito	0	0	1	0,7	1	0,3
	Pouco Satisfeito	0	0	0	0	0	0
	Satisfeito	5	2,9	13	8,9	18	5,7
	Muito Satisfeito	76	44,4	70	47,9	146	46,1
	Extremamente Satisfeito	90	52,6	62	42,5	152	47,9

Forma como te sentiste neste espaço	Insatisfeito	0	0	0	0	0	0
	Pouco Satisfeito	0	0	0	0	0	0
	Satisfeito	19	11,1	17	11,6	36	11,4
	Muito Satisfeito	94	55	87	59,6	181	57,1
	Extremamente Satisfeito	58	33,9	42	28,8	100	31,5
Simpatia e disponibilidade dos técnicos	Insatisfeito	0	0	0	0	0	0
	Pouco Satisfeito	0	0	1	0,7	1	0,3
	Satisfeito	8	4,7	11	7,5	19	6
	Muito Satisfeito	47	27,5	47	32,2	94	29,7
	Extremamente Satisfeito	116	67,8	87	59,6	203	64
Competência e profissionalismo dos técnicos	Insatisfeito	0	0	0	0	0	0
	Pouco Satisfeito	0	0	0	0	0	0
	Satisfeito	8	4,7	5	3,4	13	4,1
	Muito Satisfeito	58	33,9	66	45,2	124	39,1
	Extremamente Satisfeito	105	61,4	75	51,4	180	56,8
Utilidade dos temas abordados	Insatisfeito	0	0	0	0	0	0
	Pouco Satisfeito	0	0	1	0,7	1	0,3
	Satisfeito	13	7,6	13	8,9	26	8,2
	Muito Satisfeito	73	42,7	74	50,7	147	46,4
	Extremamente Satisfeito	85	49,7	58	39,7	143	45,1
Forma como os temas foram abordados	Insatisfeito	0	0	0	0	0	0
	Pouco Satisfeito	0	0	1	0,7	1	0,3
	Satisfeito	11	6,4	8	5,5	19	6
	Muito Satisfeito	66	38,6	82	56,2	148	46,7
	Extremamente Satisfeito	94	55	55	37,7	149	47
Esclarecimento de dúvidas	Insatisfeito	0	0	0	0	0	0
	Pouco Satisfeito	0	0	1	0,7	1	0,3
	Satisfeito	12	7	15	10,3	27	8,5
	Muito Satisfeito	57	33,3	63	43,2	120	37,9
	Extremamente Satisfeito	102	59,6	67	45,9	169	53,3
A sessão correspondeu às tuas expectativas?	Insatisfeito	0	0	0	0	0	0
	Pouco Satisfeito	2	1,2	0	0	2	0,6
	Satisfeito	14	8,2	15	10,3	29	9,1
	Muito Satisfeito	74	43,3	80	54,8	154	48,6
	Extremamente Satisfeito	81	47,4	51	34,9	132	41,6
Grau de satisfação em geral	Insatisfeito	0	0	0	0	0	0
	Pouco Satisfeito	0	0	0	0	0	0
	Satisfeito	7	4,1	10	6,8	17	5,4
	Muito Satisfeito	67	39,2	78	53,4	145	45,7
	Extremamente Satisfeito	97	56,7	58	39,7	155	48,9

Tabela 4 – Distribuição dos inquiridos segundo os resultados de satisfação na intervenção comunitária promoção da saúde e ESSP

A última questão do questionário era uma pergunta aberta para comentários e sugestões. Esta questão ficou em branco em todos os questionários pelo que não foi tratada estatisticamente.

Atingiram-se os objectivos inicialmente propostos para esta intervenção através da realização dos indicadores de actividade definidos previamente. Durante a Intervenção Comunitária no âmbito da Promoção da Saúde foram alcançados com sucesso todos os indicadores de actividade e avaliação de actividade nomeadamente:

- Realização de uma sessão de abertura em cada um dos dias de actividades;
- Apresentação de um filme sobre os cursos ministrados na ESSP no decorrer de todos os dias de actividades;
- Realização de 3 sessões de educação para a saúde por turma;
- Realização de 1 visita por turma às instalações da ESSP;
- Distribuição de 1 folheto por aluno sobre os cursos ministrados.
- Aplicação dos questionários de avaliação aos adolescentes no final do dia de actividades;
- 80% dos questionários de avaliação preenchidos com resultados de satisfeito ou mais que satisfeito.



## **2 – Intervenção Comunitária na área da Sexualidade na Adolescência**

A Intervenção Comunitária na área da Sexualidade na Adolescência realizou-se no período entre 2 a 6 de Maio de 2011. Esta intervenção foi realizada pelos 13 alunos do 1º mestrado em enfermagem na área de especialização em enfermagem comunitária.

### **2.1 – CARACTERIZAÇÃO DOS LOCAIS DE ESTÁGIO**

Os locais de estágio foram a Escola Secundária Mouzinho da Silveira, Escola Secundária de São Lourenço e a Escola Superior de Saúde de Portalegre.

#### **Escola Mouzinho da Silveira (população, recursos materiais e humanos)**

A Escola Secundária Mouzinho da Silveira situa-se no Alto Alentejo, na cidade de Portalegre, sede de concelho e distrito, e tem a sua raiz no Antigo Liceu de Portalegre, criado em 1844, que começou por ficar instalado no Seminário de Portalegre, hoje Museu Municipal.

A Escola recebe alunos da sua área geográfica de influência, que inclui os concelhos limítrofes e freguesias rurais do concelho.

No ano lectivo de 2010/2011 matricularam-se na Escola Secundária Mouzinho da Silveira, um total de 670 alunos, distribuídos pelos vários anos da seguinte forma: 235 no 3º Ciclo do Ensino Básico Regular (7º ao 9ºano), 24 de uma turma do Curso Educação e Formação de nível básico, que confere equivalência ao 9º ano e certificação profissional de nível 2, temos ainda 411 alunos que frequentam o Ensino Secundário, dos quais 215 nos Cursos Científico-Humanísticos, 59 no Curso Tecnológico de Desporto e 137 em Cursos Profissionais que conferem certificação escolar equivalente ao 12º ano e certificação profissional de nível 3.

Foram abrangidos pelo projecto de trabalho conjunto com a Escola Superior de Saúde de Portalegre, na área da Educação para a Saúde – Sexualidade na Adolescência, um total de 264 alunos, distribuídos da seguinte forma: três turmas de 8º Ano, três turmas de 9º ano, seis turmas de 10º ano e uma turma do Curso Educação e Formação. Esta foi uma das áreas a privilegiar pela Direcção da Escola, conforme descrito no seu projecto educativo de 2011-2013 de forma a contribuir para a aplicação do preconizado no Decreto-lei nº 60/2009, de 6 de Agosto e na Portaria nº 196-A / 2010 de 9 de Abril.

Na Escola Secundária Mouzinho da Silveira trabalham 87 professores, sendo 67 do quadro da Escola e 20 são contratados.

O pessoal não docente da escola é constituído por 30 funcionários, sendo 20 do quadro da Escola, 9 exercendo funções em regime de contrato individual de trabalho por tempo indeterminado, 1 em contrato a termo certo. Dos 30 funcionários, 10 são Assistentes Técnicos e 20 Assistentes Operacionais.

A Escola dispõe de recursos materiais como salas de aula amplas equipadas com computador, powerpoint e retroprojector.

### **Projectos Educativos**

A Escola Secundária Mouzinho da Silveira tem celebrado algumas parcerias, com várias instituições da região, na área social, cultural, desportiva, económica e com instituições ligadas à saúde.

Celebrou um protocolo com a Unidade de Saúde Local do Norte Alentejano – ULSNA, para dinamizar campanhas de sensibilização sobre hábitos alimentares, para controlar a qualidade das ementas do refeitório e para assegurar o cumprimento das regras HACCP, nos vários espaços da Escola, com o objectivo de formar o pessoal que trabalha nesses espaços e para controlar, através de visitas de rotina, o cumprimento dessas regras.

Pretende manter uma parceria com o Instituto da Droga e Toxicodependência – IDT, delegação de Portalegre, na aplicação do programa “Eu e os Outros”.

Mais recentemente realizou um projecto de trabalho conjunto com a ESSP, na Área da Educação para a Saúde - Sexualidade na Adolescência, do qual resultou a aplicação de um questionário na Escola a um total de 264 alunos, distribuídos da seguinte forma: três turmas de 8º Ano, três turmas de 9º ano, seis turmas de 10º ano e uma turma do Curso Educação e Formação. Da análise aos questionários foi efectuado um diagnóstico de situação, com o intuito de intervir junto dos alunos que reponderam aos questionários, intervenção essa realizada pelos alunos do 1º Curso de Mestrado de Enfermagem da ESSP.

### **Escola Secundária São Lourenço (população, recursos materiais e humanos)**

A Escola Secundária de São Lourenço em Portalegre, situada numa das freguesias da cidade que serviu de base à sua actual designação, está implantada em meio urbano misto (habitação e serviços) e apresenta uma população escolar heterogénea, residindo parte dos seus alunos em pequenas vilas ou aldeias.

Trata-se de um estabelecimento de ensino secundário, actualmente com cerca de 1000 alunos distribuídos pelo regime diurno e nocturno, frequentando a maioria o ensino secundário. O seu corpo docente (actualmente com cerca de 94 professores) apresenta-se

ainda um pouco instável, pese o facto de mais de  $\frac{3}{4}$  serem professores do quadro de nomeação definitiva.

A Escola Secundária abrange o período diurno e nocturno, abrangendo no Regime diurno o Ensino Secundário (Cursos Gerais e Cursos Tecnológicos). No Regime nocturno abrange o 3ºCiclo do Ensino Básico Recorrente – Sistema de Ensino por Unidades Capitalizáveis e Ensino Secundário Recorrente – Sistema de Ensino por Unidades Capitalizáveis.

A Escola dispõe de alguns recursos humanos nomeadamente: pessoal docente, pessoal não docente, técnico de orientação escolar e profissional, Administração e serviços, apoio educativo, técnico especializado e guardas-nocturnos. A Escola também dispõe de recursos materiais como salas de aula amplas equipadas com computador, powerpoint e retroprojector.

### **Projecto Educativo**

O projecto educativo da Escola de São Lourenço remete para uma meta principal que é a humanização de espaços e gentes, fomentando o gosto do saber, saber fazer e saber estar. Para tal a Escola propôs-se “construir uma Escola onde as pessoas tenham valor, identidade, exclusividade”. As três principais vertentes em que se baseia o projecto educativo são: dimensão curricular, dimensão serviços e dimensão gestão.

Fomentar o gosto pelo saber, favorecer o sucesso dos alunos, desenvolver a dimensão cultural da escola e melhorar o clima da escola são os objectivos gerais da dimensão curricular do projecto educativo da Escola São Lourenço.

## **2.2 – DIAGNOSTICO DE SITUAÇÃO**

O diagnóstico de situação (Apêndice VII) foi elaborado no 2º semestre do curso e teve como objectivo dar início à metodologia do planeamento em saúde. O diagnóstico de situação foi efectuado previamente ao estágio na Escola Secundária Mouzinho da Silveira e a escolha deste local surgiu de um projecto de trabalho conjunto entre a ESSP e a ESMS no âmbito da educação sexual. Para a realização do Diagnóstico de Situação optou-se pela utilização de um questionário por se ter considerado o mais adequado ao estudo. O questionário era constituído por 22 questões abertas e fechadas (incluindo escalas de atitudes). Foi aplicado a 264 alunos, com idades compreendidas entre os 11 e os 21 anos, situando-se a maioria deles entre os 15 anos (30,3%). Os alunos preencheram o instrumento de colheita de dados em sala de aula. Todos os alunos frequentavam o ensino

secundário, sendo que a maioria (46,6%) frequentava o 10º ano, seguindo-se o 8º ano (25%,) e o 9º ano (24,2%).

O diagnóstico de situação forneceu ferramentas essenciais para o estágio e dele emergiram problemas e necessidades passíveis de intervenção. Salientou-se como principais conclusões deste diagnóstico:

- A predominância de uma atitude liberal relativamente à sexualidade. Porém houve divergências em dois itens: as raparigas mostraram-se mais conservadoras em relação à distribuição de pornografia e no que se refere à homossexualidade, foram os rapazes os mais conservadores.
- Os adolescentes elegeram, com um papel de grande relevo, os amigos para esclarecerem assuntos relacionados com a sexualidade (84,1%).
- A televisão foi apontada pelas raparigas (60,6%) e pelos rapazes (57,5%) como fonte de informação importante na sua educação sexual. Também a internet foi apontada como fonte de informação importante, mais valorizada pelos rapazes (63%) do que pelas raparigas (58,4).
- Os adolescentes consideraram a escola (72,2% das raparigas e 56,7% dos rapazes) como uma fonte de informação importante na sua educação sexual.
- Mais de metade dos adolescentes inquiridos decidiu iniciar relações sexuais (51,7% das raparigas e 59,5% dos rapazes).
- Os métodos contraceptivos escolhidos pelos adolescentes foram maioritariamente o preservativo seguido da pílula.

A intervenção comunitária na área da sexualidade na adolescência surgiu de um projecto de trabalho conjunto entre a ESSP e a ESMS no âmbito de educação sexual. A etapa de definição de prioridades foi suprimida uma vez que das principais conclusões do diagnóstico de situação emergiam problemas, todos eles passíveis de intervenção nas sessões de educação sexual. Outro factor importante foi o pedido feito pelos professores das escolas envolvidas em abordar temas fulcrais nas sessões, nomeadamente: gravidez na adolescência e IST.

## 2.3 – OBJECTIVOS DA INTERVENÇÃO

Na etapa de fixação dos objectivos foram definidos os objectivos para esta intervenção bem como os indicadores de actividade. Foram definidos indicadores de actividade e de avaliação de actividade, que vão permitir quantificar e avaliar a intervenção desenvolvida para atingir os objectivos propostos. Não foram definidos indicadores de impacto uma vez que estes medem alterações ao nível da saúde ou comportamento impossíveis de avaliar no curto espaço de tempo que decorreu esta intervenção.

### **Objectivo geral:**

- Contribuir para uma sexualidade saudável dos adolescentes (dos 8º, 9º e 10º anos e CEF) da Escola Secundária Mouzinho da Silveira e Escola Secundária São Lourenço.

### **Objectivos específicos:**

- Proporcionar aos adolescentes da ESMS e da ESSL a aquisição de conhecimentos em relação às IST e métodos contraceptivos, até ao final de Maio de 2011;
- Proporcionar aos adolescentes da ESMS e da ESSL um momento de reflexão e discussão sobre os papéis de género, até ao final de Maio de 2011;
- Proporcionar aos adolescentes da ESMS e da ESSL um momento de reflexão e discussão sobre a importância de respeitar a pluralidade de opiniões em relação à sexualidade e afectividade, até ao final de Maio de 2011;
- Informar os adolescentes da ESMS e da ESSL sobre fontes de informação fidedigna sobre educação sexual, até ao final de Maio de 2011.

Após serem definidos os objectivos gerais e os específicos foram elaborados os indicadores de actividade para esta intervenção comunitária.

### **Indicadores de actividade:**

- Realização de pelo menos uma reunião de orientação com os Professores responsáveis pelo estágio;
- Realização de pelo menos uma reunião com a Directora da ESMS e com os directores de turma;
- Realização de uma sessão de educação sexual por turma;
- Distribuição de 1 folheto por aluno sobre os Métodos Contraceptivos;
- Aplicação dos questionários de avaliação aos adolescentes no final do dia de actividades.

**Indicadores de avaliação de actividade:**

- 80% dos questionários de avaliação preenchidos com resultados de satisfeito ou mais que satisfeito.

## 2.4 – SELECÇÃO DE ESTRATÉGIAS

Foram seleccionadas as seguintes estratégias de intervenção:

- Programar os dias e as actividades com todos os intervenientes nesta intervenção comunitária, nomeadamente os professores responsáveis pelo estágio do 1º mestrado em enfermagem, professores e directores das escolas envolvidas (ESMS;ESSL);
- Dividir o grupo de 13 mestrados em subgrupos de trabalho para desenvolver actividades em dias diferentes, para maior flexibilidade em abranger todas as turmas;
- Definir os subgrupos de enfermeiros do curso de Mestrado, para maior facilidade na preparação e transmissão da informação;
- Estarem dois enfermeiros do Curso de Mestrado à frente de cada sessão de educação sexual;
- Disposição das salas de aula em U (abertura do grupo ao diálogo);
- Entrega de 1 folheto por aluno sobre Métodos Contraceptivos.

## 2.5 – ELABORAÇÃO DO PROJECTO DE ESTÁGIO

A elaboração do projecto individual de estágio (Apêndice II) seguiu-se após a elaboração do diagnóstico de situação e da elaboração do projecto de estágio do grupo (Apêndice III) de 13 mestrados da ESSP e que se traduziu no projecto de intervenção. No projecto individual de estágio estão descritas todas as actividades a desenvolver para atingir os objectivos gerais e específicos propostos para a intervenção.

## 2.6 – PREPARAÇÃO DA EXECUÇÃO

A preparação da execução foi a etapa que se seguiu à elaboração do projecto individual de estágio.

Antes de dar início ao estágio propriamente dito foi fundamental reunir com os professores responsáveis pelo estágio uma vez que foi necessário definir as linhas orientadoras do estágio e as actividades. As reuniões de orientação com os professores responsáveis pelo estágio foram acontecendo durante todo o período de estágio sempre que existiu necessidade de esclarecer questões. Também foi fundamental contactar e reunir com os directores e professores das escolas secundárias de Portalegre (ESMS e ESSL) para os envolver nas actividades definidas e aferir disponibilidades consoante a calendarização escolar. Também houve necessidade de várias reuniões de grupo dos 13 mestrandos para definir datas, dias de actividades e definir as linhas orientadoras para as sessões de educação sexual.

As actividades foram programadas para a semana de 2 a 6 de Maio. As turmas bem como os alunos foram divididos pelos dias de actividades por organização das escolas envolvidas.

Efectuou-se o cronograma de actividades (Apêndice IV) e o mapa da intervenção (Apêndice VIII).

Afectaram-se os recursos humanos e materiais necessários à preparação da actividade, nomeadamente:

- Dois enfermeiros do Curso de Mestrado em cada sessão;
- O professor da disciplina;
- Os alunos das turmas do 8º, 9º e 10º anos das ESMS e ESSL.
- 1 Sala de aula com possibilidade para dispor em forma de U e equipada com computador, videoprojector, powerpoint e quadro branco para escrita;
- Canetas de duas cores para escrever no quadro;
- Realização de planos de sessão para 8º/ 9ºanos e 10º ano de escolaridade;
- Realização e aquisição de pequenos filmes alusivos à afectividade na adolescência, papéis de género e métodos contraceptivos;
- Aquisição de folhetos para entregar a todos os alunos sobre os métodos contraceptivos.

Houve necessidade de efectuar pesquisa bibliográfica sobre o tema educação sexual na adolescência uma vez que a actualização e o desenvolvimento deste tema era fulcral para a estruturação de sessões mais ricas tanto para os adolescentes como para o grupo de mestrandos possibilitando a interacção com os adolescentes, desenvolvendo mais esta capacidade como enfermeiro especialista em enfermagem comunitária. As sessões de educação sexual foram preparadas tendo em conta vários aspectos:

- a teoria sócio-cognitiva de Bandura;

- as principais conclusões do diagnóstico de situação;
- o pedido dos professores das escolas envolvidas em abordar temas como IST, gravidez na adolescência e métodos contraceptivos.

Foi definido que as sessões de educação sexual do 8º e 9º anos de escolaridade teriam conteúdos ligeiramente diferentes do 10º ano de escolaridade. Justifica-se este facto pelos diferentes conteúdos curriculares que são definidos pela portaria nº196-A/2010 que veio regulamentar a lei nº60/2009, de 6 de Agosto.

Desta forma para o 8º e 9º anos de escolaridade os temas abordados foram: definição de sexualidade segundo OMS, definição de papéis de género, atitudes face à sexualidade, métodos contraceptivos e fontes de informação sobre educação sexual. Para o 10º ano de escolaridade os temas abordados foram: definição de sexualidade segundo OMS, atitudes face à sexualidade, gravidez na adolescência, IST e fontes de informação sobre educação sexual.

No planeamento da intervenção ficou definido que as sessões teriam a duração de 90 minutos cada, num total de 14 turmas abrangidas pela intervenção.

Foram realizados dois planos de sessão, um para o 8º/ 9º anos de escolaridade (Apêndice IX) e outro para o 10º ano de escolaridade (Apêndice X), servindo como um guia ao formador na introdução dos conteúdos abordados. Foi elaborado também um guia orientador das sessões de educação sexual de forma a orientar o formador nas respostas às questões que poderiam ser colocadas (Apêndice XI).

Foram realizadas duas sessões de educação no âmbito de educação sexual ao 8º/9º de escolaridade e três sessões ao 10º ano de escolaridade, com recurso ao powerpoint (Apêndice em CD pasta Sexualidade).

Para a realização dos powerpoint recorreu-se a material audiovisual diversificado de forma a envolver os adolescentes, nomeadamente filmes existentes na ESSP, bem como outro material recolhido na pesquisa bibliográfica, que foi sendo utilizado nas sessões (utilização de hiperligações nos powerpoint) sempre que tal foi necessário, sempre com o objectivo de dinamizar as sessões conseguindo envolver os adolescentes nas temáticas abordadas.

As salas de aula foram dispostas (sempre que possível) em forma de U de forma a permitir a abertura ao diálogo e exposição de ideias e opiniões.

Na realização das sessões a definição de sexualidade segundo a OMS, atitudes face à sexualidade e fontes de informação foram as três áreas temáticas comuns aos planos de sessão do 8º/9º anos e 1º ano de escolaridade. As sessões diferem nos temas papéis de género e métodos contraceptivos apresentados exclusivamente ao 8º/9º anos, enquanto os



temas gravidez na adolescência e IST foram só apresentados aos alunos do 10ºano de escolaridade.

As sessões eram iniciadas com a apresentação dos formadores seguida da apresentação dos alunos e expectativas destes em relação à sessão. Nesta actividade foram dispendidos 15 minutos da sessão.

Seguidamente procedeu-se à descrição dos conteúdos programáticos das sessões por tema:

- Definição de Sexualidade;
- Papéis de género;
- Métodos Contraceptivos;
- Atitudes face à sexualidade;
- Gravidez na adolescência;
- IST;
- Fontes de Informação.

Todas as sessões prosseguiram com a **definição de sexualidade** segundo a OMS após a apresentação dos formadores e alunos. Para este tema era proposto aos alunos definirem sexualidade numa só palavra através do método participativo e partilha de ideias. As ideias sugeridas pelos alunos eram escritas num quadro branco presente na sala de aula.

Posteriormente era mostrada a definição de sexualidade em powerpoint e analisada com os alunos nas suas três dimensões (biológica, psico-afectiva e sociocultural) segundo a OMS. Para esta actividade foram dispendidos 20 minutos da sessão. O objectivo deste tema foi identificar várias vertentes sobre a definição de sexualidade para dar continuidade aos temas.

Seguidamente era introduzido o tema **papéis de género**, nas sessões do 8º e 9ºanos, através da exibição de um filme realizado pelos mestrandos com a duração de 4 minutos, sobre a evolução histórica dos papéis de género predominantemente adoptados pelas mulheres e homens. Seguidamente os alunos eram confrontados com tarefas tipicamente masculinas e femininas, incentivando os alunos ao diálogo, utilizando o método participativo, sobre os papéis associados à mulher e ao homem e reflectirem sobre a importância da flexibilidade dos papéis de género e como são representados ainda hoje na nossa sociedade. Para esta actividade foram dispendidos 15 minutos da sessão.

Na introdução do tema **métodos contraceptivos**, nas sessões do 8º/9ºanos, era feita a ponte através da ideia de que a contracepção foi o ponto crucial da evolução do papel social da mulher, maior liberdade sexual. Os alunos eram convidados a definir métodos contraceptivos e referir os métodos contraceptivos que conheciam, utilizando o método

participativo e partilha de ideias. Os métodos contraceptivos eram escritos no quadro branco presente na sala de aula. Posteriormente era apresentado um filme sobre os métodos contraceptivos mais usados pelos jovens: pílula e preservativo, bem como uma explicação da utilização correcta destes métodos. Este tema teve como objectivo informar sobre todos os métodos contraceptivos bem como promover uma futura escolha responsável e consciente. Para esta actividade foram dispendidos 15 minutos da sessão.

Relativamente ao tema **atitudes face à sexualidade** este foi abordado utilizando 11 frases polémicas sobre a sexualidade, nomeadamente:

- A lei devia reprimir fortemente os comportamentos homossexuais;
- O recurso à Contracepção de Emergência é um sintoma de irresponsabilidade;
- A mulher deve ser virgem até ao casamento;
- A Educação Sexual provoca um aumento das relações pré-conjugais;
- A Homossexualidade deveria ser considerada uma doença;
- A gravidez indesejada é um sintoma de irresponsabilidade;
- O direito de adoptar crianças deve ser reconhecido a casais de homossexuais;
- Os jovens menores de 16 anos não deveriam ter relações sexuais;
- A Educação Sexual é da responsabilidade da Escola;
- Quanto mais informação sobre os riscos da Sexualidade menos erros os jovens vão cometer;
- Os pais deveriam esperar que as crianças colocassem questões sobre a sexualidade em vez de serem eles mesmo a desencadeá-las.

Foi decidido abordar as atitudes face à sexualidade através de uma técnica pedagógica de clarificação de valores e atitudes, utilizando o powerpoint para o efeito. Desta forma foram mostradas aos alunos as frases, individualmente, que exprimem juízos de valor (positivos ou negativos). Estas frases foram criadas com base nas frases que faziam parte da escala de atitudes de Fisher (1988), posteriormente adaptada por Vilar (2002) e que constava do questionário do diagnóstico de situação realizado aos alunos.

De seguida foi solicitado a um aluno que lesse a frase em voz alta para os restantes colegas. De seguida o formador pedia aos alunos para exprimirem a sua opinião dizendo se concordavam ou discordavam da frase e porquê, promovendo a discussão de opiniões.

Esta actividade teve como objectivo falar sobre temas que ainda se revestem de tabus e de dificuldades de expressão de forma a sensibilizar os alunos de que a pluralidade de opiniões existe e deve ser respeitada. Para esta actividade foram dispendidos 15 minutos da sessão.

Os temas **gravidez na adolescência e IST**, apresentados nas sessões do 10º ano, eram introduzidos com a apresentação de um filme intitulado “a vida cortada por uma escolha” realizado por alunos da ESSP e gentilmente cedido para o efeito. No filme é abordada a vida de uma adolescente que resolve iniciar a sua actividade sexual. Durante um encontro a adolescente não usa nenhum método contraceptivo e fica bastante preocupada com este facto. Ficou decidido fazer uma pausa nesta parte do filme com o intuito de provocar nos alunos a discussão de ideias sobre o final possível do filme. Os finais possíveis do filme seriam uma gravidez não desejada ou a possibilidade de contrair uma IST. Após visualizar o final do filme os alunos eram convidados a partilhar ideias dos dois possíveis fins, tais como: gravidez não planeada, como proceder em caso de gravidez não planeada, como proceder depois de uma relação não protegida, onde adquirir a contracepção de urgência, o que são IST, como se previnem. Estes temas tiveram como objectivo informar sobre os riscos de uma gravidez na adolescência e suas consequências futuras bem como alertar para a necessidade de prevenção das IST. Para esta actividade foram dispendidos 30 minutos da sessão.

O tema **fontes de informação** foi um tema comum a todas as sessões uma vez que se tornou claro, pelas principais conclusões do diagnóstico, que os jovens procuram informação de forma rápida e nem sempre credível. Desta forma foi prioridade do grupo de mestrandos informar de forma clara onde obter informação credível. Sendo o tempo escasso ficou decidido apresentar em powerpoint os locais onde obter informação credível nomeadamente o Instituto Português da Juventude, Gabinete “Cuida-te” em Portalegre a funcionar todas as terças-feiras com um enfermeiro, entre outros contactos. Para este tema foram dispendidos aproximadamente 3 minutos da sessão.

Foi distribuído posteriormente a cada aluno um folheto com os métodos contraceptivos (Apêndice em CD pasta folheto) e finalizou-se as sessões com o preenchimento dos questionários de avaliação da intervenção (Apêndice XII).

De realçar que o feedback dos alunos e professores das escolas foi bastante positivo, salientando a importância da colaboração dos enfermeiros na área da educação sexual em meio escolar e a importância deste tipo de intervenções ser continuada futuramente.

## 2.7 – AVALIAÇÃO

As actividades decorreram conforme o planeamento realizado para as mesmas. Houve sempre o interesse pela parte dos mestrandos para a abertura ao diálogo e participação dos alunos nos diversos temas abordados.

Os questionários aplicados foram numerados e os dados introduzidos para tratamento estatístico no programa SPSS® (Apêndice em CD pasta Tratamento Estatístico). Para a

análise dos dados utilizou-se unicamente frequências absolutas e percentagens. Os dados estatísticos foram descritos e apresentados em tabelas, de forma a facilitar a compreensão dos mesmos.

A intervenção abrangeu um total de 276 adolescentes (sendo 238 estudantes da ESMS e 38 estudantes da ESSL), com idades compreendidas entre os 13 e 22 anos, tendo sido a moda de 15 anos (30,1%). A maioria dos jovens frequentava o 10º ano (53,3%), seguindo-se o 8º ano (23,6%) e o 9º ano (23,1%).

Idade	Sexo				Total	
	Feminino		Masculino			
	N	%	N	%	N	%
13	22	15,2	12	9,2	34	12,3
14	26	17,9	20	15,3	46	16,7
15	45	31	38	29	83	30,1
16	27	18,6	36	27,3	63	22,8
17	13	9	17	13	30	10,9
18	8	5,5	5	3,8	13	4,7
19	4	2,8	2	1,5	6	2,2
22	0	0	1	0,8	1	0,4
Total	145	100	131	100	276	100

Tabela 5 – Distribuição dos inquiridos segundo a idade e sexo

A maioria dos adolescentes frequenta o 10º ano de escolaridade (53,3%), seguindo-se os estudantes do 8º ano de escolaridade (23,6%) e 9º ano de escolaridade (23,1%).

Ano de Escolaridade	Sexo				Total	
	Feminino		Masculino			
	N	%	N	%	N	%
8.º Ano	39	26,9	26	19,8	65	23,6
9.º Ano	33	22,8	31	23,7	64	23,1
10.º Ano	73	50,3	74	56,5	147	53,3
Total	145	100	131	100	276	100

Tabela 6 – Distribuição dos inquiridos segundo o ano de escolaridade e o sexo

Em relação à distribuição dos adolescentes segundo o estabelecimento de ensino, a maioria dos jovens abrangidos por esta intervenção frequenta a ESMS (86,2%) e 13,8% frequenta a ESSL.

Estabelecimento de Ensino	Sexo				Total	
	Feminino		Masculino			
	N	%	N	%	N	%
Escola Sec. Mouzinho da Silveira	122	84,1	116	88,5	238	86,2
Escola Sec. S. Lourenço	23	15,9	15	11,5	38	13,8
Total	145	100	131	100	276	100

Tabela 7 – Distribuição dos inquiridos segundo o estabelecimento de ensino e sexo

Em relação à satisfação dos adolescentes face às actividades na área de educação sexual na adolescência, foram avaliados vários aspectos, nomeadamente: a forma como se sentiram e foram recebidos durante as sessões; o desempenho, simpatia, competência e profissionalismo dos mestrados, utilidade dos temas e forma como foram abordados e aspectos gerais das actividades (grau de satisfação total).

Relativamente à forma como os jovens se sentiram durante as sessões pode-se verificar que 98,8% das respostas concentram-se nas 3 posições positivas da escala (satisfeito, muito satisfeito e extremamente satisfeito). Verificou-se que 42,8% dos adolescentes ficaram muito satisfeitos e 29,7% dos jovens ficaram extremamente satisfeitos em relação à forma como se sentiram durante as sessões.

Quanto ao desempenho, simpatia, competência e profissionalismo dos mestrados os alunos consideraram os mestrados simpáticos, uma vez que as respostas concentram-se nas 3 posições positivas da escala, sendo de realçar que 60,9% dos jovens considerou estar extremamente satisfeito quanto à simpatia dos mestrados. Quanto à competência e profissionalismo dos mestrados os jovens foram unânimes uma vez 92% dos jovens concentraram a sua resposta na posição da escala de muito satisfeito e extremamente satisfeito.

Quanto à utilidade dos temas e a forma como foram abordados pode-se concluir pela análise da tabela 8 que a concentração maior de respostas localiza-se nas três posições positivas da escala, principalmente nas posições de muito satisfeito (85,5%) e extremamente satisfeito (90,6%). Podemos realçar no entanto que 1,4% dos adolescentes mostraram-se insatisfeitos quanto à utilidade dos temas.

Quanto ao esclarecimento de dúvidas pode-se concluir pela análise da tabela 8 que a concentração maior de respostas localiza-se nas três posições positivas da escala: na posição de satisfeito (15,2%), na posição de muito satisfeito (39,5%) e extremamente

satisfeito (43,8%). Podemos realçar no entanto que 1,4% dos jovens consideraram-se pouco satisfeitos quanto ao esclarecimento de dúvidas.

Relativamente ao facto de as actividades terem correspondido às expectativas dos jovens, pode-se concluir pela análise da tabela 8 que a maioria dos jovens ficou entre muito satisfeito e extremamente satisfeito (83,3%) e que as sessões corresponderam assim às suas expectativas.

Por último e no que diz respeito ao grau de satisfação geral em relação às sessões a totalidade dos jovens concentrou as suas respostas nas 3 posições positivas da escala: satisfeito (10,1%), muito satisfeito (34,1%) e extremamente satisfeito (55,4%).

Itens		Sexo				Total	
		Feminino		Masculino			
		N	%	N	%	N	%
Forma como te sentiste durante a sessão	Insatisfeito	0	0	0	0	0	0
	Pouco Satisfeito	1	0,7	2	1,5	3	1,1
	Satisfeito	32	22,1	41	31,3	73	26,4
	Muito Satisfeito	64	44,1	54	41,2	118	42,8
	Extremamente Satisfeito	48	33,1	34	26	82	29,7
Simpatia e disponibilidade dos técnicos	Insatisfeito	0	0	0	0	0	0
	Pouco Satisfeito	0	0	1	0,8	1	0,4
	Satisfeito	6	4,1	12	9,2	18	6,5
	Muito Satisfeito	38	26,2	51	38,9	89	32,2
	Extremamente Satisfeito	101	69,7	67	51,1	168	60,9
Competência e profissionalismo dos técnicos	Insatisfeito	0	0	0	0	0	0
	Pouco Satisfeito	1	0,7	0	0	1	0,4
	Satisfeito	8	5,5	13	9,9	21	7,6
	Muito Satisfeito	39	26,9	57	43,5	96	34,8
	Extremamente Satisfeito	97	69,9	61	46,6	158	57,2
Utilidade dos temas abordados	Insatisfeito	0	0	0	0	0	0
	Pouco Satisfeito	2	1,4	2	1,5	4	1,4
	Satisfeito	10	6,9	24	18,3	34	12,3
	Muito Satisfeito	53	36,6	62	47,3	115	41,7
	Extremamente Satisfeito	80	55,2	43	32,8	123	44,6
Forma como os temas foram abordados	Insatisfeito	0	0	0	0	0	0
	Pouco Satisfeito	0	0	1	0,8	1	0,4
	Satisfeito	11	7,6	16	12,2	27	9,8
	Muito Satisfeito	58	40	63	48,1	121	43,8
	Extremamente Satisfeito	76	52,4	51	38,9	127	46

Esclarecimento de dúvidas	Insatisfeito	0	0	0	0	0	0
	Pouco Satisfeito	1	0,7	2	1,5	3	1,1
	Satisfeito	17	11,7	22	16,8	39	14,1
	Muito Satisfeito	37	25,5	54	41,2	91	33
	Extremamente Satisfeito	90	62,1	53	40,5	143	51,8
A sessão correspondeu às tuas expectativas?	Insatisfeito	0	0	0	0	0	0
	Pouco Satisfeito	1	0,7	3	2,3	4	1,4
	Satisfeito	17	11,7	25	19,1	42	15,2
	Muito Satisfeito	50	34,5	59	45	109	39,5
	Extremamente Satisfeito	77	53,1	44	33,6	121	43,8
Grau de satisfação em geral	Insatisfeito	0	0	0	0	0	0
	Pouco Satisfeito	0	0	1	0,8	1	0,4
	Satisfeito	12	8,3	16	12,2	28	10,1
	Muito Satisfeito	44	30,3	50	38,2	94	34,1
	Extremamente Satisfeito	89	61,4	64	48,9	153	55,4

Tabela 8 – Distribuição dos inquiridos segundo os resultados de satisfação na intervenção comunitária de educação sexual

A última questão do questionário era uma pergunta aberta para comentários e sugestões. Esta questão ficou em branco em todos os questionários pelo que não foi tratada estatisticamente.

Atingiram-se os objectivos inicialmente propostos para esta intervenção através da realização dos indicadores de actividade definidos previamente. Durante a Intervenção Comunitária no âmbito da Educação Sexual foram alcançados com sucesso todos os indicadores de actividade nomeadamente:

- Realização de pelo menos uma reunião de orientação com os Professores responsáveis pelo estágio;
- Realização de pelo menos uma reunião com a Directora da ESMS e com os directores de turma;
- Realização de uma sessão de educação sexual por turma;
- Distribuição de 1 folheto por aluno sobre os Métodos Contraceptivos;
- 80% dos questionários de avaliação preenchidos com resultados de satisfeito ou mais que satisfeito.

### **III – DISCUSSÃO E ANÁLISE CRÍTICA DAS ACTIVIDADES**



## DISCUSSÃO E ANÁLISE CRÍTICA DAS ACTIVIDADES

Como primeira etapa do planeamento em saúde foi efectuado um diagnóstico de situação numa comunidade escolar e dele emergiram ferramentas para o estágio.

O diagnóstico constituiu um instrumento precioso para o desenvolvimento do projecto individual e de onde emergiram necessidades vulneráveis para intervenção. O projecto individual de estágio foi efectuado com base no diagnóstico e teve como finalidade o desenvolvimento de estratégias para a concretização das actividades, utilizando os recursos disponíveis.

Seguiu-se as etapas de preparação da execução, através da preparação de sessões de educação para a saúde tendo por base os conceitos chave da Teoria de Bandura. Esta foi a Teoria que melhor se adequava aos objectivos do estágio em contribuir para uma sexualidade saudável dos jovens e contribuir para a consciencialização na adopção de comportamentos saudáveis nos jovens.

A Teoria de Bandura (1977) defende que se aprende a observar os outros. A observação de modelos exteriores (pessoas, meios electrónicos, livros) acelera mais a aprendizagem do que se esse comportamento tivesse de ser executado pelo “*aprendiz*”.

Tendo como modelo esta Teoria, na preparação das sessões, beneficiou-se a aprendizagem por **observação**. Sabe-se que desta aprendizagem fazem parte 4 elementos fundamentais: a atenção, a retenção, a reprodução e a motivação e interesses. Desta forma houve a necessidade de realizar as sessões de educação para a saúde beneficiando todos os aspectos mencionados anteriormente, nomeadamente através da realização e apresentação de pequenos filmes, recurso a demonstrações práticas e na própria execução da acção (avaliação de TA, medição de peso e altura, avaliação do IMC e realização de manobras de Suporte Básico de Vida) proporcionando sempre abertura do grupo ao diálogo.

As estratégias, as técnicas pedagógicas utilizadas (método expositivo, participativo e técnica de clarificação de valores e atitudes) bem como os instrumentos utilizados nas sessões foram o recurso ao computador com videoprojector, powerpoint, filmes, salas de aula dispostas em forma de U, abertura ao diálogo e partilha de ideias e opiniões, demonstração de técnicas de suporte básico de vida e comportamentos de cidadania, exposição de Posters e entrega de folhetos informativos, beneficiam aspectos como a atenção dos adolescentes, a retenção da informação transmitida e as motivações e interesses dos jovens para os temas abordados no estágio.

Da análise aos questionários aplicados aos adolescentes, relativamente à intervenção na área da promoção da saúde e promoção da imagem da ESSP, pode-se verificar que quando abordados quanto à utilidade dos temas e a forma como estes foram abordados a

maioria dos adolescentes inquiridos considerou estar muito satisfeito e extremamente satisfeito (93,1% e 92,1% respectivamente). Relativamente ao esclarecimento de dúvidas a maioria dos adolescentes inquiridos considerou estar extremamente satisfeito (53,3%). A maioria dos adolescentes considerou que as sessões corresponderam às suas expectativas (90,2%).

Quando questionados se pretendiam concorrer à Escola apenas 17,7% respondeu que sim. Relativamente à questão se recomendariam esta Escola a outros colegas 96,2% respondeu que sim.

De uma maneira geral a maioria dos adolescentes (94,6%) classificou o seu grau de satisfação como sendo extremamente satisfeito (48,9%) seguido do grau de muito satisfeito (45,7%). Analisando a avaliação do indicador 80% dos questionários preenchidos com grau positivo da escala (satisfeito, muito satisfeito e extremamente satisfeito), pode-se dizer que este foi atingido na sua globalidade através da análise da tabela 4, uma vez que analisando a forma como os jovens se sentiram e foram recebidos durante as actividades; o desempenho, simpatia, competência e profissionalismo dos mestrandos, utilidade dos temas e forma como foram abordados e aspectos gerais das actividades, a percentagem de jovens satisfeitos é sempre acima dos 90%, o que pode ser um bom indicador para continuidade destas sessões.

Da análise aos questionários aplicados aos adolescentes, relativamente à intervenção na área da sexualidade na adolescência, pode-se verificar que quando abordados quanto à utilidade dos temas e a forma como estes foram abordados a maioria dos adolescentes inquiridos considerou estar extremamente satisfeito (90,6%).

Relativamente ao esclarecimento de dúvidas a maioria dos adolescentes inquiridos considerou estar extremamente satisfeito (51,8%).

A maioria dos adolescentes considerou que as sessões corresponderam às suas expectativas, sendo que 43,8% considerou estar extremamente satisfeito e 39,5% considerou estar muito satisfeito.

De uma maneira geral a maioria dos adolescentes (89,5%) classificou o seu grau de satisfação como sendo extremamente satisfeito (55,4%) seguido do grau de muito satisfeito (34,1%). Analisando a avaliação do indicador 80% dos questionários preenchidos com grau positivo da escala (satisfeito, muito satisfeito e extremamente satisfeito), pode-se dizer que este foi atingido na sua globalidade através da análise da tabela 8, uma vez que analisando a forma como os jovens se sentiram durante as sessões; o desempenho, simpatia, competência e profissionalismo dos mestrandos, utilidade dos temas e forma como foram abordados e aspectos gerais das actividades, a percentagem de jovens satisfeitos é sempre acima dos 90%, o que pode ser um bom indicador para continuidade destas sessões.

Existiram algumas questões que poderiam ter sido consideradas de limitações ao estágio, nomeadamente o cariz do tema de educação sexual, que gerou algumas dificuldades de expressão de opinião por parte dos adolescentes. No entanto esta situação foi facilmente ultrapassada à medida que as sessões se realizavam. A forma como o tema foi encarado também alterou tornando-se mais fácil de abordar ao longo das sessões.

No entanto pela análise das tabelas 1,4% dos adolescentes mostrou-se pouco satisfeito no esclarecimento de dúvidas e insatisfeito quanto à utilidade dos temas abordados. Esta questão pode prender-se com o facto de estes adolescentes sentirem que já sabem bastante sobre o tema e pelo facto de também nas aulas abordarem alguns temas apresentados nas sessões.

Com a realização do estágio concretizaram-se todos os indicadores de actividade e avaliação de actividade, bem como os objectivos propostos para o estágio. Todas as sessões e reuniões agendadas foram realizadas ao longo do estágio.

Apesar de os indicadores de impacto não serem traduzidos em ganhos em saúde e não serem mensuráveis em tão pouco tempo, conseguiram-se vários momentos de reflexão e discussão em relação a um tema difícil de abordar como sexualidade e afectividade em ambiente de sala de aula, bem como alertar para a adopção de comportamentos saudáveis importantes nesta faixa etária. Segundo os resultados dos questionários de avaliação estas intervenções foram muito bem aceites conseguindo com toda a certeza ganhos em saúde no futuro.

## CONCLUSÃO

Imperatori & Giraldes (1992) definem planeamento em saúde como um processo contínuo e dinâmico, que tem início no diagnóstico de situação/saúde e só com o envolvimento efectivo de todos se pode diagnosticar correctamente as necessidades de saúde de uma população, bem como definir estratégias correctas com o menor custo possível, planeando intervenções concretas com o objectivo de colmatar ou minimizar as necessidades diagnosticadas.

Segundo a OE (2010) são quatro os domínios de competências comuns do enfermeiro especialista: responsabilidade profissional, ética e legal, melhoria contínua da qualidade, gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

Com o trabalho desenvolvido neste estágio de intervenção comunitária houve a possibilidade de desenvolver competências nos domínios da responsabilidade profissional, ética e legal através de tomadas de decisões éticas durante o estágio de intervenção e suportar essas decisões em princípios, valores e normas deontológicas, o respeito, segurança e privacidade pelo outro e protecção dos direitos humanos; uma melhoria da qualidade na transmissão de informação/formação pertinente, profissional e actual; melhor gestão dos cuidados, na elaboração e planeamento de projecto de intervenção (programação das intervenções) e no desenvolvimento e aplicação em estágio das aprendizagens adquiridas ao longo do curso (elemento formador e facilitador de aprendizagens).

Ainda segundo a OE (2010) as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária são: estabelecer a avaliação do estado de saúde de uma comunidade, contribuir para o processo de capacitação de grupos e comunidades, integrar a coordenação dos programas de saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objectivos do Plano Nacional de Saúde e realizar e cooperar na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico.

Como ganhos profissionais o estágio de intervenção comunitária permitiu a possibilidade de desenvolver competências gerais e específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária, tendo por base a metodologia do planeamento em saúde nomeadamente: proceder à elaboração de um diagnóstico de saúde de uma comunidade escolar, estabelecer as prioridades em saúde dessa comunidade escolar, formular objectivos e estratégias face às necessidades encontradas nessa comunidade escolar, estabelecer um projecto de intervenção com vista a intervir nas necessidades identificadas no diagnóstico de saúde sendo elemento formador e facilitador de aprendizagens,

respeitando o outro na sua privacidade e diversidade de opiniões e avaliar o projecto de intervenção através da construção e aplicação de instrumentos de avaliação da intervenção.

Desta forma a metodologia do planeamento em saúde foi um importante instrumento de trabalho neste estágio de intervenção comunitária pois foi através deste método que se conseguiu avaliar o estado de saúde de uma comunidade escolar.

Com a realização do estágio concretizaram-se os objectivos gerais de cada intervenção e o estágio possibilitou desenvolver um conjunto alargado de conhecimentos, competências e estratégias em promoção da saúde necessárias ao enfermeiro especialista em enfermagem comunitária.

Como ganhos pessoais o estágio permitiu a possibilidade de conhecer a realidade de uma comunidade escolar e como pessoa aprender com essa realidade, respeitando sempre o outro como pessoa com experiências próprias e opiniões diversas. O estágio também permitiu conhecer a realidade da educação sexual nas escolas envolvidas, bem como a noção da dificuldade em abordar o tema que ainda se reveste de elementos tabus e de dificuldade de expressão.

A análise efectuada aos questionários de avaliação das intervenções permitiu perceber que os jovens apreciaram bastante as intervenções realizadas e que corresponderam às suas expectativas. De realçar que o feedback dos alunos e professores das escolas foi bastante positivo, salientando a importância da colaboração de profissionais da saúde, nomeadamente de enfermeiros, na área da educação sexual em meio escolar e a importância deste tipo de intervenções ser continuada futuramente.

A promoção da saúde tem vindo a ser considerada, cada vez mais, como um elemento essencial para conseguir ganhos em saúde. Os ganhos em saúde não são mensuráveis a curto prazo, no entanto projectos como este poderão e deverão ser alvo de intervenção continuada e a sua avaliação efectuada futuramente.

Quando se investe e se intervém na promoção da saúde, intervém-se sobre os determinantes da saúde e contribuiu-se, não só para ganhos em saúde e redução das desigualdades em saúde, mas também na promoção dos direitos fundamentais do ser humano e no desenvolvimento social.

## BIBLIOGRAFIA

Alarcão, M. (2000). *(Des)Equilíbrios Familiares*. Coimbra: Quarteto Editora.

Azevedo, M. (2008). *Educação Sexual e atitudes face a sexualidade em adolescentes a saída do ensino secundário*. Tese de Mestrado em Ciências da Educação da Universidade da Beira Interior.

Bandura, A. (1977). *Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change*. Psychological Review.

Bandura, A. et al (2008). *Teoria Social Cognitiva. Conceitos Básicos*. Edições Artmed.

Bouça, D. (2004). *Memórias da Adolescência*. Porto: Ambar.

Brás, M. (2008). *A sexualidade do adolescente - a perspectiva do profissional de enfermagem dos cuidados de saúde primários*. In Repositório Universidade do Porto. Acedido em 28 Outubro de 2010 em <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/7196/2/1A%20SEXUALIDADE%20DO%20ADOLESCENTE%20A%20PERSPECTIVA%20DO%20PROFISSIONAL.pdf>

Camargo, A. (1999). *Sexualidade(s) e Infância(s) – A sexualidade como um tema transversal*. Brasil : Moderna e Unicamp.

Carvalho, A.; Diogo, F. (2001). *Projecto Educativo* (4ª edição). Porto: Edições Afrontamento.

Carvalho, A.; Carvalho, G. (2001). *Educação para a saúde: Conceitos, Práticas e Necessidades de Formação*. Lisboa: Lusociência.

Cipriano, M.; Farias, M.; Abrantes, M.; Costa, L.; Pereira, G. (2007). *Sexualidade na escola: proposta educativa para adolescentes*. Acedido a 4 de Fevereiro de 2011 em [http://www.ufcg.edu.br/~proex/iv\\_enc\\_ext/Artigos/Educacao/SEXUALIDADE%20NA%20ESCOLA%20PROPOSTA%20EDUCATIVA%20PARA%20ADOLESCENTES.pdf](http://www.ufcg.edu.br/~proex/iv_enc_ext/Artigos/Educacao/SEXUALIDADE%20NA%20ESCOLA%20PROPOSTA%20EDUCATIVA%20PARA%20ADOLESCENTES.pdf)

Conselho de Enfermagem (2001), *Padrões de qualidade dos cuidados de Enfermagem: enquadramento conceptual; enunciados descritivos*. Portugal: Ordem dos Enfermeiros.

Conselho de Enfermagem (2009), *Parecer 109/2009; Sobre projecto de lei nº634/X-4ª Estabelece o regime de aplicação da educação sexual nas escolas*. Portugal: Ordem dos Enfermeiros. Acedido a 10 de Fevereiro em [http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/Documents/Parecer\\_CE-109-2009.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/Documents/Parecer_CE-109-2009.pdf)

Cordeiro, J. (1988). *Os Adolescentes Por Dentro*. Lisboa: Salamandra.

Cordeiro, M. (1997). *Adolescentes e adolescência dos 10 aos 15 anos*. Lisboa: Quatro Margens Editora.

Costa, M.; Magno, V. (2002). *Educação sexual nas escolas de ensino fundamental e médio: realidade ou utopia?* Trabalho de Conclusão do Curso de Licenciatura em Pedagogia. Universidade da Amazônia. Acedido em 28 de Novembro de 2011 em [http://www.nead.unama.br/site/bibdigital/monografias/educacao\\_sexual\\_nas\\_escolas.pdf](http://www.nead.unama.br/site/bibdigital/monografias/educacao_sexual_nas_escolas.pdf)

Costa, A. (2006). *A Educação Sexual numa perspectiva de educação para a saúde: um estudo exploratório na Escola Secundária Pluricurricular de Santa Maria Maior de Viana do Castelo*. Dissertação de Mestrado em Psicologia da Educação, Universidade do Minho. Acedida em 4 de Fevereiro de 2011 em <http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/6284>.

Crespo, A.; Antunes, J.; Branco, S. (2007). *Educação sexual na adolescência - o contributo dos enfermeiros*. Portalegre: Instituto Politécnico de Portalegre - Escola Superior de Saúde de Portalegre.

Direcção-Geral da Saúde (2004). *Programa Nacional de Saúde 2004-2010: volume II – Orientações Estratégicas*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.

Direcção-Geral da Saúde (2005). *Divisão de Saúde Materna, Infantil e dos Adolescentes Saúde dos jovens em Portugal elementos de caracterização*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.

Direcção-Geral da Saúde (2006). *Divisão de Saúde Materna, Infantil e dos Adolescentes. Programa Nacional de Saúde dos Jovens 2006-2010*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.

Direcção-Geral da Saúde (2006). *Programa Nacional de Saúde Escolar*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.

Dolto, F.; Dolto-Tolitch, C. (1991). *Palavra para adolescentes: ou o complexo da lagosta*. Venda Nova: Bertrand.

Escola Secundária Mouzinho da Silveira [ESMS] (2006). *História*. Acedido a 4 de Fevereiro de 2011 em <http://www.esms.pt/historia.htm>

Fernandes, A. (2006). *Projecto SER MAIS – Educação para a Sexualidade Online*. Tese de Mestrado em Educação Multimédia da Faculdade de Ciências da Universidade do Porto. Acedido a 21 de Novembro de 2010 em [http://nautilus.fis.uc.pt/cec/teses/armenio/TESE\\_Armenio/TESE\\_Armenio/\\_vti\\_cnf/TESE\\_Armenio\\_web/](http://nautilus.fis.uc.pt/cec/teses/armenio/TESE_Armenio/TESE_Armenio/_vti_cnf/TESE_Armenio_web/)

Fisher, T; Hall, R. (1988). A Scale for the comparasion of the sexual Attitudes of adolescents and their parents. *The Journal of Sex Research*. Vol.24, pp90-100.

Helouani, W. (2008). *E o que é Educação?* Acedido em 14 de Dezembro de 2010 em <http://educar.wordpress.com/2009/08/06/sexo-no-verao-lei-602009/>

Imperatori, E.; Giraldes, M. (1982). *Metodologia do Planeamento da Saúde: Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais*. Lisboa: Obras Avulsas.

Imperatori, E.; Giraldes, M. (1993). *Metodologia do Planeamento da Saúde: Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais* (3ª edição). Lisboa: Edições de Saúde.

Instituto Nacional de Estatística (2005). *Estatísticas de Saúde 2005*. Lisboa: INE.

Lopes, G. (1993). *Sexualidade Humana*. (2ª edição). Rio de Janeiro: Edições Medsi.

López, F.; Fuertes, A. (1989). *Para Compreender a Sexualidade*. Associação para o Planeamento da Família, Lisboa.



- Martins, M.F. (2007). *Familia y educación de los adolescentes: análisis y valoración de las familias de un distrito del Norte Alentejano ante su papel y el de las otras fuentes de educación. Contribución para el conocimiento y base de futuras intervenciones en esta comunidad*. Tese de doutoramento, Universidade da Extremadura (Departamento de Enfermaría), Cáceres.
- Martins, M. (2007). *Educación sexual en los adolescentes de un distrito del Norte Alentejano: análisis y valoración de fuentes. Contribución para el conocimiento y base de futuras intervenciones en esta comunidad*. Tese de doutoramento, Universidade da Extremadura (Departamento de Enfermaría), Cáceres.
- Matos, M. et al (2006). *Indicadores de Saúde dos Adolescentes Portugueses*. Relatório Preliminar HBSC 2006. Aventura Social e Saúde. Faculdade de Motricidade Humana. Lisboa.
- Ministério da Educação, Ministério da Saúde, APF (2000). *Educação Sexual em Meio Escolar - Linhas Orientadoras*. Lisboa: Editorial do Ministério da Educação.
- Ministério da Educação (2000). *Decreto-Lei n.º 259/2000*. “Diário da República”, Lisboa, I série A (240), 17 Outubro, pp.5784-5786.
- Monteiro, D. (2008). *O serviço Público de Radiodifusão – O caso da Antena 3*. Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas. Acedido a 6 de Junho de 2010 em <http://www.scribd.com/doc/24221844/Service-Publico-Radiodifusao-em-Portugal-o-caso-da-Antena-3.html>
- Mott, L. (sd). *Teoria antropológica e sexualidade humana*. Acedido a 26 de Fevereiro de 2011 em <http://www.antropologia.ufba.br/artigos/teoria.pdf>
- Ordem Enfermeiros (2010). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública*. Acedido a 10 de Março de 2011 em [http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasComunitariaSaude%20Publica\\_aprovadoAG\\_20Nov2010.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasComunitariaSaude%20Publica_aprovadoAG_20Nov2010.pdf)

Organização Mundial de Saúde; MS – Ministério da Saúde (1985). *As Metas da Saúde para Todos*. Lisboa: Artes Gráficas.

Organização Mundial de Saúde (1986). *Carta de Ottawa para a promoção da saúde*. Lisboa: Divisão da educação para a saúde.

Pereira, M.; Freitas, F. (2001). *Educação Sexual – Contextos de Sexualidade e Adolescência*. Lisboa: Edições Asa.

Piscalhoo, I., Serafimo, L.; Leal, O. (2000) *Representação social da educação em adolescentes*. Lisboa ISPA: Acta do 3º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde.

Piscalhoo, I.; Serafimo, L.; Leal, L. (2005). *Representações sociais da educação sexual em adolescentes*. Acedido a 4 de Fevereiro de 2011 em <http://www.isabel-leal.com/portals/1/pdfs/representacoes%20sociais%20da%20educacao%20sexual%20em%20adolescentes.pdf>

Redman, B. (2003). *A prática de Educação para a Saúde* (9ª Edição). Lisboa: Lusociência.

Reymond-Rivier, B. (1983). *O Desenvolvimento Social da Criança e do Adolescente*. Lisboa: Aster.

Rodrigues, A. (2009). *Os jovens e a sexualidade: uma visão construcionista. Tese de Mestrado em Psicologia da Educação e Intervenção Comunitária da Universidade Fernando Pessoa Faculdade das Ciências Humanas e Sociais*. Acedida a 14 de Novembro de 2010 em <https://bdigital.ufp.pt/dspace/handle/10284/1571>.

Saito, M.; Silva, L. (2001). *A adolescência, prevenção e risco*. São Paulo: Atheneu.

Sampaio, D. (1991). *Ninguém Morre Sozinho – O Adolescente e o suicídio* (3.ª edição). Lisboa: Editorial Caminho.

Sampaio, D. (1993). *Vozes e Ruídos – Diálogo com Adolescentes* (5.ª edição). Lisboa: Editorial Caminho.

Sampaio, D. (1994) - *Inventem-se Novos Pais*. 7ª Edição. Lisboa: Editorial Caminho.

Sampaio, D. (1997). *Ninguém Morre Sozinho – O Adolescente e o Suicídio*. 7.ªedição. Lisboa: Editorial Caminho.

Sampaio, D. (1998). *Inventem-se Novos Pais* (10ª edição). Lisboa: Editorial Caminho.

Sampaio, D. (2006). *Lavrar o mar – Um novo olhar sobre o relacionamento entre pais e filhos*. Lisboa: Editorial Caminho.

Santos, M. (2008). *Educação Sexual na escola e a sexualidade no adolescente*. Universidade técnica de Lisboa - Faculdade de Motricidade Humana.

Sardinha, M.; Loureiro, I. (1999). *Promoção da Saúde. Modelos e Práticas de Intervenção nos âmbitos da Actividade Física, Nutrição e Tabagismo*. Tese de Mestrado, Universidade Técnica de Lisboa (Faculdade de Motricidade Humana). Lisboa.

Silva, A. et al (2002). *Educação da Sexualidade no dia-a-dia da prática educativa*. Braga: Casa do Professor.

Silva, L. et al (2002). *Promoção da Saúde*. Tese de Mestrado, Universidade Aberta. Lisboa.

Sprinthall, N.; Collins, A.; Andrews, W. (1994). *Psicologia do Adolescente-Uma Abordagem Desenvolvimentista* (2ª edição). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Sprinthall, N.; Collins, W. (1999). *Psicologia do adolescente: uma abordagem desenvolvimentista* (2ª edição). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Sprinthall, N.; Collins, A. (2003). *Psicologia do adolescente*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Stanhope, M. e Lancaster, J. (1999). *Enfermagem Comunitária: Promoção da saúde de grupos, famílias e indivíduos* (4ª edição). Lusociência. Loures.

Vilar, D. (1992). *Falar Disso: A educação sexual nas famílias dos adolescentes*. Lisboa: Edições Afrontamento

Vilar, D. (2003). Questões actuais sobre a Educação Sexual num contexto de mudança. In Fonseca, L.; Soares, C.; Vaz, J. (org.), *A Sexologia - Perspectiva Multidisciplinar II* (pp. 155-191). Coimbra. Quarteto Editora.

Vilar, D. (2005). *A Educação Sexual faz sentido no actual contexto de mudança? Educação Sexual em Rede, n.º1*. Acedido em 20 de Novembro de 2010 em [http://apf.pt/cms/file/conteudos/revista\\_esr\\_1.pdf.htm](http://apf.pt/cms/file/conteudos/revista_esr_1.pdf.htm)

Vitoriano (2003). *Perspectivar o Contributo dos Pais na Educação Sexual*. Portalegre. Escola Superior de Enfermagem de Portalegre.

Werebe, M. (1998). *Sexualidade, Política e Educação*. Brasil: Campinas.

## **Apêndice I – Organograma Estágio Promoção ESSP**

## **Apêndice II – Projecto Individual de Estágio**

### **Apêndice III – Projecto de Estágio de Grupo**

#### **Apêndice IV – Cronograma de Actividades do estágio**



**Apêndice V – Mapa de Divisão das turmas para a intervenção na área da promoção da imagem da ESSP e hábitos saudáveis**

**Apêndice VI – Questionário de satisfação dos alunos relativo às sessões de promoção de hábitos de vida saudáveis e promoção da imagem da ESSP**

## **Apêndice VII – Diagnóstico de situação**

**Apêndice VIII – Mapa de Divisão das turmas para a intervenção na área da Sexualidade na adolescência**

Apêndice IX – **Plano de Sessão 8º e 9º ano**

**Apêndice X – Plano de Sessão 10º ano**

## **Apêndice XI – Guia Orientador das Sessões de Educação Sexual**

**Apêndice XII – Questionário de satisfação dos alunos relativo às sessões de educação sexual**



### Apêndice XIII – **CD**